

Revista Española de Sanidad Penitenciaria

Publicación Cuatrimestral de la
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

RESP

www.resp.es

SUPLEMENTO NÚMERO 1

XV Congreso Nacional y
XXIII Jornadas de la Sociedad Española
de Sanidad Penitenciaria

“Comprometidos con la SALUD
Comprometidos con la IGUALDAD”

Suplemento 1 – Vol. 26 (2024)



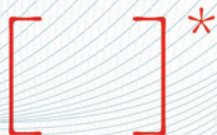
www.sesp.es

SESP
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria



Indexada
en MedLine





* SESP | Sociedad Española de **Sanidad** Penitenciaria

XV
**CONGRESO
NACIONAL**

XXIII JORNADAS
**DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE SANIDAD PENITENCIARIA**

VITORIA

GASTEIZ

23, 24 y 25 de Mayo de 2024

*“ Comprometidos con la **Salud**,
comprometidos con la **Igualdad** ”*

REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Publicación cuatrimestral de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Vol. 26 (2024) Suplemento nº 1

EDITOR JEFE

Enrique Vera Remartínez
Servicio Médico Centro Penitenciario de Castellón I (Castellón)

EDITORES/AS ASOCIADOS

Julio García Guerrero
Facultativo Sanidad Penitenciaria (Castellón)
Pablo Saiz de la Hoya Zamácola
Servicio Médico Centro Penitenciario Alicante I (Alicante)
Montserrat Sánchez Roig
EAPP La Roca del Vallès 1 (Barcelona)

COMITÉ EDITORIAL

José Miguel Antolín Mugarza
Servicio Médico Centro Penitenciario Ocaña I (Toledo)
Sofía Casado Hoces
Servicio Médico Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)
Maribel Espinosa García
UCEM - Institut Català de la Salut (ICS) (Barcelona)
Elena Garcés Pina
Centro Penitenciario de Zuera (Zaragoza)
Andrés Marco Mouriño
*Programa de Salud Penitenciaria
Institut Català de la Salut (Barcelona)*
Vicente Martín Sánchez
Universidad de León (León)
Andrés Martínez Cordero
Servicio Médico Centro Penitenciario de Villabona (Oviedo)
Joan J. Paredes i Carbonell
Centre de Salut Pública d'Alzira (València)
Fernando Ruiz Rodríguez
Servicio Médico Centro Penitenciario de Albolote (Albolote)
Neus Solé Zapata
*Programa de Salut Penitenciària. Institut Català de la Salut
(Barcelona)*

TESORERO

Carlos Gallego Castellví
EAPP La Roca del Vallès 1 (Barcelona)

Revista Autorizada como Soporte Válido Nº 50.07.98

OFICINA EDITORIAL

Esmon Comunicación, S.L.
Balmes 209, 3º 2ª
08006 Barcelona
Teléfono: 93 215 90 34
E-mail: redaccion@esmon.es

EDITORES ASOCIADOS

Secretaría SESP
IRE Viajes, S.L.
Calle Balmes, 301, principal 2ª
08006 Barcelona (Spain)
Tel.: 93 238 74 55 – Fax: 93 238 45 79
E-mail: congresosbcn@ireviajes.es
www.ireviajes.es
Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones
del Ministerio del Interior con el n.º de Protocolo 162.446

WEB

Redacción: revista@resp.es
Webmaster: webmaster@resp.es
Página Web: http://www.resp.es

I.S.S.N.: 1575-0620

e-I.S.S.N.: 2013-6463

Depósito Legal: B 13513-2015

REVISTA INCLUIDA EN EL DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS (DOAJ), EN EXCERPTA MEDICA DATABASE (EMBASE), EN FECYT, EN EL ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO ESPAÑOL EN CIENCIAS DE LA SALUD (IBECs), EN EL INDEX MEDICUS ESPAÑOL (IME), EN LA PLATAFORMA SCIELO (SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE), EN SCIMAGO JOURNAL & COUNTRY RANK (SJR), EN SCOPUS, Y EN MEDLINE (U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE)

Revista Española de Sanidad Penitenciaria by <http://www.resp.es/> is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en www.resp.es.
Permissions beyond the scope of this license may be available at <http://www.resp.es/>



Las opiniones expuestas en los artículos no coinciden necesariamente con las del Consejo Editorial



RESP en FECYT



RESP en Scielo



RESP en Ibecs



RESP en Medline



RESP en SJR

■ CONSEJO ASESOR

- Marta Alonso Alcañiz
Hospital Ernest Lluch de Calatayud. Zaragoza (España)
- Piedad Arazo Garcés
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza (España)
- Pedro Arias Bohigas
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid (España)
- Francisco Arnau Peiró
Hospital Provincial de Castellón. Castellón (España)
- Sergio Babudieri
Istituto Malattie Infettive, Università di Sassari. Sassari (Italia)
- Jérôme Bachelier
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. Tours (Francia)
- Sergio A. Bautista Arredondo
Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca (Méjico)
- José María Bayas Rodríguez
Hospital Clínico. Barcelona (España)
- José Ramón Blanco Ramos
Hospital San Pedro-CIBIR. Logroño (España)
- Julio Bobes García
Universidad de Oviedo. Oviedo (España)
- Olga Canet Vélez
Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna. Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)
- Pilar Casaus Samatán
Hospital Universitario Institut Pere Mata. Reus, Tarragona (España)
- Joan Caylá Buqueras
Unidad de Investigación en Tuberculosis. Barcelona (España)
- José Costa Ramos
Directorate General for Reinsertion and Prison Services. Lisboa (Portugal)
- Luis de la Fuente de Hoz
Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)
- Francisco del Busto de Prado
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España)
- Mercedes Díez Ruiz-Navarro
Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA. Plan Nacional sobre el SIDA. Madrid (España)
- Kate Dolan
University of New South Wales. Sidney (Australia)
- Fernando Drona Núñez
Hospital Ramon y Cajal. Madrid (España)
- Sean Duggan
Centre for Mental Health Maya House. Londres (Reino Unido)
- Carlos Fernández Merino
Escuela Andaluza de Salud Pública. Sevilla (España)
- José Carlos Fuertes Rocañin
Hospital Militar de Zaragoza. Zaragoza (España)
- Stergios Georgoulas
Korydallos Prison Hospital. El Pireo (Grecia)
- Laurent Getaz
Hôpitaux Universitaires de Genève. Ginebra (Suiza)
- Pilar González Gálvez
Universitat Ramon Llull. Barcelona (España)
- Eduardo Gotuzzo
Universidad Cayetano Heredia. Lima (Perú)
- José Luis Graña Gómez
Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)
- Luis Guerra Romero
Programas Internacionales. ISCIII. Madrid (España)
- Elmira Gurbanova
University of Tartu. Tartu (Estonia)
- Olivia Horna-Campos
Universidad de Chile. Santiago de Chile (Chile)
- Sarah Larney
National Drug and Alcohol Research Centre. Sidney (Australia)
- Cecilio López Galíndez
Centro Nacional de Microbiología. Madrid (España)
- Aurelio Luna Maldonado
Facultad de Medicina. Murcia (España)
- María Sol Luque Molina
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid (España)
- Begoña Martínez Jarreta
Facultad de Medicina. Zaragoza (España)
- Elisa Martró Català
Hospital Universitari i Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol (IGTP). Badalona. Barcelona. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)
- Fuad Mirzayev
Global TB Programme. Communicable Diseases. World Health Organization. Ginebra (Suiza)
- María Pilar Molés Julio
Universidad Jaume I. Castelló de la Plana, Castelló (España)
- María Cruz Molina Garuz
Universitat de Barcelona. Barcelona (España)
- Santiago Moreno Guillén
Hospital Ramón y Cajal. Madrid (España)
- Antonio Muro Álvarez
Universidad de Salamanca. Salamanca (España)
- Felice Alfonso Nava
Prison Healthcare Service. Pádua (Italy)
- Pilar Niño García
Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias (España)
- Mónica Portillo Santamaría
Hospital de la Ribera. Alzira, Valencia (España)
- Hernán Reyes
Comité Internacional de la Cruz Roja. Ginebra (Suiza)
- Héctor Javier Sánchez Pérez
Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas. Chiapas (Méjico)
- Pilar Sanz Hernández
Complejo Asistencial Universitario de León. León (España)
- Dolores Serrat Moré
Facultad de Medicina. Zaragoza (España)
- Anne Spaulding
Emory University. Atlanta (EE.UU.)
- Omar Sued
Responsable de VIH/SIDA. Organización Panamericana de la Salud. Washington (EE.UU.)
- Amalio Telenti Asensio
The Scripps Research Institute. La Jolla. California (EE.UU.)
- Rafael Toro Flores
Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid (España)
- Vicenç Tort Herrando
Sant Joan de Deu-Serveis de Salut Mental C.P. Quatre Camins. Barcelona (España)
- Joan Trujols Albet
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona (España)
- Elisabet Turu Santiagosa
Institut Catala de la Salut. Barcelona (España)
- José Verdejo Ortes
Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. Madrid (España)
- Enric Vicens i Pons
Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental. Barcelona (España)
- Mercedes Vinuesa Sebastián
Hospital de Móstoles. Madrid (España)
- Stephan Walcher
Concept, Addiction Medicine. Múnich (Alemania)
- María del Carmen Zabala Baños
Universidad de Castilla la Mancha. Talavera de la Reina, Toledo (España)

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

(Última actualización: octubre de 2023).

COBERTURA TEMÁTICA

La Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) es el órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Tiene periodicidad cuatrimestral y su primer número fue publicado en 1998. Esta revista acepta para su publicación trabajos de investigación de orientación básica, clínica o asistencial sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria que procedan de cualquier parte del mundo.

La RESP cuenta con las siguientes secciones:

1. Editorial.
2. Artículos de investigación original (originales u originales breves según su extensión).
3. Documentos de consenso.
4. Revisiones bibliográficas.
5. Artículos Especiales, que engloban, tanto estudios sobre aspectos ético-filosóficos como descripciones de metodología.
6. Casos clínicos
7. Sanidad en imágenes
8. Notas singulares
9. Cartas al Director.

El Comité Editorial considera que en la actualidad la RESP puede englobarse, a efectos de descripción temática para su indexación en las diferentes bases de datos bibliográficas médicas, en el área de Salud Pública, ya que la epidemiología, la prevención, la detección de enfermedades y en definitiva la influencia de la Sanidad Penitenciaria en la comunidad, son temas nucleares para esta publicación.

Su temática es global y admite trabajos en relación con enfermedades transmisibles, la salud mental, la atención primaria, la medicina legal, la ética y deontología de la práctica médica en prisión, la gestión y en general, y como ya se ha citado, sobre cualquier aspecto de la salud y las ciencias relacionados o de interés para la salud penitenciaria.

Desde el 2010 el formato digital de la Revista (www.resp.es), es bilingüe español-inglés en todos los contenidos.

PROCESO EDITORIAL

La RESP acusa recepción de los trabajos remitidos, que son revisados por el Comité Editorial y evaluados posteriormente por dos expertos ajenos a la Revista, siguiendo el método de revisión por pares (peer review).

Inicialmente los trabajos remitidos son sometidos a una revisión editorial por dos miembros del Comité Editorial de la Revista, quienes valoran que el trabajo se ajusta a las Normas de Publicación. De no ser así, el trabajo es devuelto a los autores para ser corregido en un plazo máximo de 20 días. Una vez comprobado que el trabajo cumple los requisitos formales, es enviado a evaluación externa para decidir la conveniencia o no de su publicación. Los trabajos que sean revisados y pudieran ser considerados para publicación, previa modificación, deberán

ser devueltos por los autores en el plazo de 30 días si se solicitan correcciones menores, y de 60 si las correcciones pedidas son mayores. Si hubiera que realizar algún cambio en la forma o fondo para ser aceptado, se le notificará al autor. Si se considera oportuno, se pedirá confirmación de los datos de la investigación, por lo que éste debe conservar la documentación estadística pertinente, la identificación de los casos clínicos, etc., hasta su publicación.

En caso de discrepancia en la evaluación, los editores se reservan el derecho de decidir finalmente la conveniencia o no de la publicación. También los editores se reservan el derecho de contactar con el Comité Ético de Investigación Clínica que aprobó el trabajo o con la institución o instituciones donde se desarrolló, para requerir información sobre ciertos aspectos del mismo. La RESP se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio, en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive el cambio de su contenido. Estos cambios serán comunicados a los autores antes de la publicación del trabajo y deberán contar con la aprobación de los mismos.

REVISIÓN POR PARES (PEER REVIEW)

El Sistema de revisión empleado por la RESP es externo, confidencial y anónimo. Son sometidos a revisión externa todos los artículos recibidos salvo las cartas al director, las editoriales y las revisiones encargadas por el Comité Editorial. La selección de los revisores se realiza entre los profesionales que el Comité Editorial considera más apropiados por su experiencia, conocimiento y, en definitiva, perfil profesional.

Se emplean dos revisores por artículo y en caso de juicios dispares, los editores pueden tomar una decisión definitiva o consultar a un tercer evaluador. Además, se cuenta con revisores metodológicos entre los miembros del Comité Editorial y con revisores de estilo aportados por la empresa editorial.

Influyen en la decisión sobre la aceptación y rechazo de los originales por parte del Comité Editorial de la Revista los siguientes factores:

- Originalidad y reproducibilidad
- Actualidad y novedad.
- Relevancia en su doble vertiente de utilidad (aplicabilidad de los resultados para la resolución de problemas concretos) y significación (avance del conocimiento científico).
- Fiabilidad y validez científica, esto es, calidad metodológica contrastada.
- Presentación: buena redacción (claridad, brevedad, precisión), buena organización (coherencia lógica) y buena presentación material.

Asimismo, se contempla un cierto orden en la publicación de los trabajos, cabe señalar que la revista maneja criterios de prioridad editorial, que pueden estar vinculados al interés de los lectores, a la cantidad de artículos presentados y pendientes de publicación y al número de artículos sobre un mismo tema.

El manuscrito tras los informes de los evaluadores queda depositado hasta su publicación en las oficinas editoriales. Los informes evaluativos son notificados a los autores, que pueden realizar las alegaciones que estimen oportunas. En

cualquier caso, la decisión última sobre la publicación o no de un trabajo corresponde a los editores con el apoyo del Comité Editorial.

No cabe recurso contra la decisión de rechazo y los trabajos rechazados no son devueltos a los autores.

PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIÓN

La RESP nació en 1998, como órgano de expresión de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y necesario vehículo divulgador de las iniciativas e inquietudes de investigación, y de sus resultados, de los profesionales sanitarios que trabajan en las prisiones españolas. Como no podía ser de otro modo, la RESP se dotó de unas Normas de Publicación que se han ido perfeccionando hasta su última revisión y actualización a principios de 2019 tras veinte años de experiencia.

La investigación clínica en grupos vulnerables como es el de los presos, debe de cumplir estrictamente unas normas que aseguren su corrección ética y, por su parte, las revistas que difunden los resultados de esas investigaciones deben de exigir a los autores su cumplimiento y vigilar porque así sea en todos sus aspectos ya que, por ejemplo, parece probado que la tercera parte de los autores de un artículo científico ha participado en algún comportamiento ético cuestionable a la hora de hacer una investigación y publicar sus resultados^{1,2}, y hasta un 2% reconocen haber falsificado, fabricado o modificado los datos².

La RESP se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki, cuya última actualización de octubre de 2013 está disponible en: (<https://www.wma.net/es/policies-post-declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) y a los de las Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) de 2017 (https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf), en particular en todo lo que afecte a investigación clínica en grupos vulnerables.

Aunque lo esencial de los principios éticos que deben regir la investigación en estos grupos ya se recogen en nuestras Normas de Publicación, la Junta Directiva de la SESP y el Comité Editorial de la RESP han creído conveniente especificar más estos principios ya que cuestiones como el conflicto de intereses, la autoría o la ética en el diseño de los estudios de investigación en presos no se recogen en ellas con la suficiente amplitud. Las justificaciones principales de estas Normas radican en la obligación de publicar trabajos veraces, ya que los autores pretenden con ellos modificar las opiniones del lector sobre el tema que están leyendo, y éticamente correctos, ya que publicitan investigaciones sobre un colectivo vulnerable y del que la Historia dice que han soportado cuantiosos desmanes en las investigaciones que sobre él se han realizado en el pasado.

Autoría: Todos los autores firmantes de un trabajo publicado en la RESP deberían haber hecho alguna contribución sustancial en la concepción y diseño, la recolección de los datos y su análisis y la elaboración del texto final del trabajo. Con la excepción de los estudios multicéntricos, es difícil de admitir que más de ocho autores hayan hecho este tipo de contribución en un mismo trabajo. No es ética la inclusión en la relación de autores del “autor invitado” (aquel que firma un trabajo sin haber contribuido a su realización), ni la exclusión de la figura contraria del “autor fantasma” (aquel habiendo colaborado en la elaboración, no figura en la relación de autores).

Los autores son garantes de la originalidad de los trabajos publicados; la RESP repudia el plagio y las publicaciones redundantes.

En el apartado de “Agradecimientos” deben citarse personas o instituciones que hayan fomentado o facilitado la realización del trabajo. Los autores deberán tener el permiso de estas antes de incluirlas en esta sección.

Conflicto de intereses: Es el que se deriva de la relación entre el mensaje o las conclusiones del trabajo y su publicación, sus autores o la institución que lo patrocina o fomenta. El más frecuente es el provocado por la ayuda financiera para la realización del trabajo que puede inducir sesgo en el diseño o las conclusiones del trabajo, inclusión forzada de autores y otros. También hay un conflicto de intereses cuando algún autor participa en alguno de los procesos de edición de los trabajos. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad de los autores y debe hacerse siempre, ya sea individual o colectivamente ya que es una defensa del trabajo y de la integridad de sus autores, además de ser una garantía de autenticidad para quien lo lee.

Los editores y miembros del Comité Editorial de la RESP, a la hora de decidir la publicación de un trabajo, también pueden tener un conflicto de intereses y deberán declararlo, así como los revisores externos que pueden tener algún tipo de relación con los autores o bien seguir la misma línea de trabajo que el original que valoran. La declaración de conflicto de intereses es responsabilidad individual de cada una de estas figuras.

Una declaración de conflicto de intereses no basta por sí misma para rechazar un trabajo, pero obliga al Comité Editorial de la Revista a extremar la cautela a la hora de decidir su publicación.

Diseño ético de los trabajos: Todos los trabajos publicados en la RESP deben ser inéditos y no haberse mandado a valorar simultáneamente a otra revista. Todos los autores deberían detallar su contribución al trabajo y todos deben dar su permiso de forma constatable para que sea publicado. Cualquier trabajo enviado a la RESP para su publicación y en el que haya habido una mínima intervención sobre los sujetos de investigación, deberá constar con el consentimiento informado escrito de todos ellos, así como haber sido valorado y refrendado por un Comité Ético de Investigación Clínica debidamente acreditado. Los autores deberán acompañar al original de su trabajo el documento o el número acreditativo de esta valoración.

Los sujetos de investigación deben de permanecer anónimos y los datos obtenidos ser confidenciales, sin que pueda ser posible su identificación a partir del texto final.

Todos los datos del estudio deben ser conservados por los autores ya que el Comité Editorial o cualquier revisor externo puede reclamarlos.

El Comité Editorial de la RESP se reserva el derecho de cualquier actuación posterior si se descubre alguna vulneración de estas normas.

Referencias

1. Martinson BC, Anderson MS, De Vries R. Scientists behaving badly. *Nature*. 2005; 435:737-8.
2. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. *PLoS One*. 2009; 4:e5738

Transmisión de los derechos de autor: Se incluirá con el manuscrito, el anexo a estas normas firmado por todos los autores. Una vez publicado un artículo su propiedad intelectual corresponde a la RESP y ningún trabajo podrá ser reproducido por completo, o en alguna de sus partes, sin autorización expresa de la Revista.

REVISTA ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

Volumen 26, Suplemento 1 - 2024

SUMARIO

Editorial

José Joaquín Antón Basanta
*XV Congreso Nacional y
XXIII Jornadas de la SESP* 19

PONENCIAS

Desescalada verbal. Entrenamiento actitudinal
*M^a Olarizu Olalde Ortiz, Isabel Alonso Durana,
Paloma González Fontecha* 21

Salud Mental

Mujeres, salud mental y el ecosistema
penitenciario: aprender a mirar para poder ver
Juan Elizondo Pérez de Albéniz 26

Modelos europeos de excelencia en atención
psiquiátrica penitenciaria
Silvia Paz Ruiz 31

Adicciones

Chemsex: un enfoque desde la psiquiatría
Sebastián Vargas Cáceres 36

Farmacia

Farmacia sostenible: el impacto ambiental de los
medicamentos
*Vladimir Akhrimenko, Maite Nogales-García,
Eva María Fernández-López-de-Vicuña,
Gorka Orive Arrayo, Unax Lertxundi
Etxebarria* 44

Prescripción sostenible

*Rafael Hernández Palacios, Vladimir Akhrimenko,
Maite Nogales García, Eva M^a Fernández
López-de-Vicuña, Gorka Orive, Unax Lertxundi* 51

Experiencia de deprescripción de psicofármacos
en un centro penitenciario
José Joaquín Antón Basanta 59

Infeciosas

Vacunación en grupos de riesgo
Sofía Victoria Casado Hoces 67

COMUNICACIONES

Salud Mental

SM01. Importancia de seguimiento enfermero
en pacientes tratados con antipsicótico inyectable
en el Centro Penitenciario de Álava
*Sergio Castillejo Serrano, César Marrodán Navaz,
Laura Plaza Salazar, Patricia Santamaría Cantera,
Juan Elizondo Pérez de Albéniz, María Jesús
Pérez de Arenaza Iturrospe* 74

SM02. Enfoque holístico del dolor y la actividad
física. Grupo entre iguales
*Sonia Fraile Alonso, Andrea Robredo Manuel,
Eloína Mallada García* 75

SM03. Estudio descriptivo de la patología mental
en la población penitenciaria del centro
penitenciario de Zaragoza
*Rebeca Llopis Lamban, Raquel Sánchez Recio,
Marta Cerdán Bernad* 76

SM04. Correlatos de consumo de cannabis dentro
del medio penitenciario
*Juan Elizondo Pérez de Albéniz, Patricia Santamaría
Cantera, Laura Plaza Salazar, Sergio Castillejo
Serrano, César Marrodan Navaz,
Iosune Pérez de Arenaza Iturrospe* 77

SM05. Proyecto de intervención en deshabitación
tabáquica
M. José Diáñez Villabona 78

SM06. Análisis de pacientes con diagnóstico de TDAH en el medio penitenciario
Víctor González Reina, Neus Bacardit García, Salvador Carbonell Bassó, Núria María López Fernández, Carlos Touzón López, Verónica Paredes Roselló, Meritxell Viladrich Canudas, Aurea Autet Puig..... 79

SM07. Perfil de las conductas autolesivas en el medio penitenciario y su relación con experiencias de violencia sexual infantil
Neus Bacardit García, Núria María López Fernández, Xavier Raso-Domínguez, Salvador Carbonell Bassó, Víctor González Reina, Verónica Paredes Roselló, Carlos Touzón López, Meritxell Viladrich Canudas, Aurea Autet Puig..... 80

SM08. Intentos de suicidio en el medio penitenciario
Sonia Fraile Alonso, Eloína Mallada García, Andrea Robredo Manuel..... 81

SM09. Autolesiones en el medio penitenciario
Sonia Fraile Alonso, Eloína Mallada García, Andrea Robredo Manuel..... 82

Adicciones

AD01. Estudio descriptivo del consumo de psicofármacos en población penitenciaria del Centro Penitenciario de Zaragoza
Rebeca Llopis Lambán, Raquel Sánchez Recio, Marta Cerdán Bernad..... 83

AD02. Programa piloto para la adaptación del abordaje del consumo de tabaco en una población con discapacidad intelectual mediante terapia grupal en una prisión de Cataluña
Beatriz Armenteros López, Mireia Guillamed Guinjoan, Ericka Balkazar Franco, Marta Subirachs Piquer, Emma Ripollés Lamote de Grignon..... 84

AD03. Evaluación del tratamiento con buprenorfina inyectable en el Centro Penitenciario León
Eloína Mallada García, Sonia Fraile Alonso, Andrea Robledo Manuel..... 85

AD04. Cese de consumos de sustancias opioides por sustitución con derivados y seguimiento por realización de urinocontroles en Centro Penitenciario Araba/Álava

César Marrodán Navaz, Iruñe Palacios, Raquel García, Montserrat Bezares, Montserrat Cayetano, Mercedes Sousa..... 86

AD05. Loperamida: ¿nuevo fármaco de abuso en prisión detectado a través del motivo de consulta?
Fabio Sternberg, Roberto García Zurita, José Osmundo Fernández Nieto, Marta Alonso Alcañiz, Isabel Algora Donoso..... 87

AD06. Correlación diagnóstica ante valoración de radiografías regiminales entre médicos de familia y un radiólogo experto
Óscar Salas Médel, Naïvis Guillen Martínez, Clara Profitòs Martínez, Aldemar Baquero Murillo, Sergio Rodríguez Teba, Xavier Salvador Izquierdo ... 88

AD07. Consumo de tóxicos en los ingresos desde libertad en un centro penitenciario durante el año 2023
Asier López de Arcaute Trincado, Andoni Vargas Axpe, Eva M^a Fernández López de Vicuña, Maite Nogales García, M^a Elena Pujol Padró, Ana Isabel Campo Martínez de Zuazo..... 89

AD08. Loperamida: ¿se puede descartar su abuso en prisión a través de codificación de episodios?
Fabio Sternberg, Roberto García Zurita, José Osmundo Fernández Nieto, Marta Alonso Alcañiz, Isabel Algora Donoso..... 91

Farmacia

F01. Impacto de los tratamientos crónicos en la frecuencia de visitas a consulta médica: un enfoque comparativo
Manuel V. Planelles Ramos, Enrique J. Vera Remartínez..... 92

F02. Programa de intercambio terapéutico en un centro penitenciario
Ismael Pérez Alpuente, Almudena Mora Notario, Marta Castineira Cundins..... 93

F03. Eficacia, adherencia y tolerancia al tratamiento con Cabotegravir/Rilpivirina de acción prolongada en internos infectados por VIH en Cataluña
Carlos Gallego, Andrés Marco, Efrain Arturo Moreno, Carlos Touzón, Ángel Sánchez-Hidalgo, Maribel Pubill, Ana María Ruiz, María del Ara, Montserrat Lonca, Lidia Puig, Indiana Jesús Abdó, María Jesús Javierre, Elisa Vaz..... 94

F04. Integración de indicadores para la mejora de la prescripción farmacéutica en salud mental en la estación clínica de trabajo de centros penitenciarios
M^a Isabel Espinosa García, Amparo Molina Lázaro, Rosa Dehesa Camps, Ferran Sala Piñol, Sonsoles García Rodicio, Neus Solé Zapata..... 95

F05. Conciliación de la medicación en equipos de atención primaria penitenciaria
Amparo Molina Lázaro, M^a Isabel Espinosa García, Rosa Dehesa Camps, M^a Àngels Pons Mesquida, Judith Abizanda García, Neus Solé Zapata..... 96

F06. Análisis del gasto en medicamentos en centros penitenciarios durante 2023
M^a Isabel Espinosa García, Amparo Molina Lázaro, Joaquín García Giribet, Anna Bonet Esteve, Sonsoles García Rodicio, Neus Solé Zapata..... 97

F07. Relevancia del farmacéutico en el sistema penitenciario internacional
María Pilar Sosa del Cerro 98

F08. Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en una prisión
Maite Nogales-García, Eva María Fernández-López-de-Vicuña, Rafael Velasco García, Andoni Vargas Axpe, Esther Saez de Adana Arroniz, Julian Javier Ollo Jacoisti..... 99

Atención Primaria

AP01. Consulta especializada de enfermería para seguimiento de patologías crónicas: diabetes
Sergio Fernández Vaquerizo, Esther García Valencia, Lourdes Piñel Pérez, Beatriz García Cissal, Gloria Sanz Alfayate, Begoña Merchán Domínguez, Virginia Martínez Velázquez 100

AP02. Gestión de la demanda asistencial compartida
Sergio Fernández Vaquerizo, Blanca Aragoneses Tellado, Natalia Garrido Seisdedos, Rebeca Garzón Inés, María Aragón Rodríguez, Óscar Sanz Paredes 101

AP03. Prevalencia de hígado graso en un centro penitenciario de Cataluña
Ángel Sánchez Hidalgo, Carlos Gallego Castellví, Efraín Arturo Moreno Valdiris..... 102

AP04. Discontinuidad de la asistencia a las visitas programadas en la comunidad tras la excarcelación

Lidia Puig, Elena Yela, Neus Solé, Elisabet Turu, Xènia Rue, Sonia Mellado..... 103

AP05. Cobertura vacunal de gripe en instituciones penitenciarias
Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Eusebio Espuela García, Delia González Tejedor, Ana Araceli Bonilla Jaime..... 104

AP06. Riesgo de hígado graso según *Fatty Liver Index* (FLI) y de fibrosis hepática valorado mediante el *Index Liver Fibrosis-4* (FIB4) al ingreso en prisión
Lidia Puig, Elena Yela, Jordi Tost, Mireia Llopart, Sonia Mellado, Adrián Jacas..... 105

AP07. Déficit de ácido fólico en un centro penitenciario: ¿una carencia prevalente?
Eva María Fernández López de Vicuña, Maite Nogales-García, Andoni Vargas Axpe, Rafael Velasco-García, Asier López de Arcaute, Silvia García de Garayo Díaz..... 106

AP08. Evaluación del índice de masa corporal en los internos de un centro penitenciario
María Inmaculada Atrio Álvarez, Asier López de Arcaute Trincado, Ana Isabel Erralde Díaz de Alda, María Ángeles Viejo Rivera, María Elena Pujol Padró 107

AP09. Experiencia en espirometría forzada en un centro penitenciario
Fernando Ruiz Rodríguez, José Joaquín Antón, Inmaculada Gómez López, José Ramón López Díaz, Juan Antonio Arance..... 109

AP10. Valoración de la salud bucodental e identificación de los factores de riesgo en las mujeres privadas de libertad en un centro penitenciario
Iratzu Elorriaga Miranda, María Luisa Argote Arrondo, Josélia Barbosa Da Silva, María Regueira Gayoso, Sonia Magaña Hurtado, Alfredo Fernández de Villaverde Sáenz de Ugarte..... 110

AP11. Análisis de la alimentación módulo de mujeres en el Centro Penitenciario de Zaballa
María Luisa Argote Arrondo, Josélia Barbosa da Silva, Sonia Magaña Hurtado, M^a Isabel Básalo Fernández, Diana Pérez Martín, Irantzo Elorriaga Miranda..... 111

AP12. Evaluación de las salidas al hospital en un centro penitenciario en los últimos 11 años
M^a Isabel Básalo Fernández, Asier López de Arcaute Trincado, Sonia Magaña Hurtado, Lorena Valladolid Fernández, Alfredo Fernández de Villaverde Sáenz de Ugarte..... 112

AP13. Características demográficas y principales factores de riesgo cardiovascular en personas ingresadas desde libertad en un centro penitenciario durante 2023
Andoni Vargas Axpe, Asier López de Arcaute Trincado, Eva M^a Fernández López de Vicuña, Maite Nogales García, M^a Elena Pujol Padró, Rafael Velasco García 114

AP14. Implantación de un programa de educación para la salud para apoyos sanitarios. Centro Penitenciario de Zuera
Susana Gimeno Bardaji, Rebeca Llopis..... 115

AP15. Influencia del tratamiento directamente observado en el número de intoxicaciones medicamentosas en Centro Penitenciario de Zaballa
María Laura Arbeo Echeverría, María Regueira Gayoso, Blanca María Brea Navarro, Mónica González Crespo, Ainhoa Bengoa Landazuri, M^a Isabel Básalo Fernández 116

AP16. Implantación de la gestión de la demanda en Centro Penitenciario de Zaballa (Álava)
María Regueira Gayoso, María Laura Arbeo Echeverría, Blanca María Brea Navarro, Mónica González Crespo, Ainhoa Begoa Landazuri, Irantzu Elorriaga Miranda..... 117

AP17. Enfermería de enlace: un año de derivaciones y coordinación intra-extrapenitenciaria en un centro penitenciario de Barcelona
Francisco Javier Rodríguez Acevedo, Gustavo Adolfo Jiménez Frago..... 118

AP18. Abordaje multifactorial de una herida compleja con afectación tendinosa para evitar intervención quirúrgica + injerto con productos inocuos y naturales
Salvador Quintero, Montserrat Vidal, Raquel Bádrenas, Josefina González-Ferrer, María del Ara Moruno, Javier Ruiz de Amo 119

AP19. Integración en la sanidad pública. Nuevos paradigmas en el abordaje de una consulta de enfermería en el Centro Penitenciario Brians-2 de Cataluña

Eduardo Marín, Salvador Quintero, María del Ara Moruno, Patricia Alonso, Rafael García..... 120

AP20. Satisfacción y calidad de vida en internados en prisión tratados con Cabotegravir más Rilpivina de acción prolongada (Cabo/Rilpi AP) medida mediante los cuestionarios CESTA y HAT-QoL. Resultados preliminares
Salvador Quintero, María del Ara Moruno, Eduardo Marín, Raquel Bádrenas, Josefina González-Ferrer, N. González López, M. Serrano..... 121

AP21. Abordaje de una úlcera hiperexudativa en zona con pérdida muscular tratada con terapia de presión negativa en la unidad de enfermería de curas complejas de un centro penitenciario
Salvador Quintero del Río, Raquel Bádrenas, Josefina González-Ferrer, María del Ara Moruno, Montserrat Vidal, Javier Ruiz de Amo..... 122

Infeciosas

I01. Análisis lexicométrico de noticias de prensa escrita española sobre VIH y prisión durante cuatro décadas
Manuel V. Planelles-Ramos, Eva Martí Marco, Pilar Molés-Julio, Enrique J. Vera-Remartínez 123

I02. Perfil clínico-epidemiológico de los infectados por VIH que ingresan en prisión y variables asociadas a la discontinuación del tratamiento antirretroviral
Elena Yela, Lidia Puig, Neus Solé, Andrés Marco, Carmen Macías, Sonia Mellado 124

I03. Prevalencia y perfil de los internos infectados por VHD en Cataluña
Indiana Jesús Abdó, Carlos Gallego, Ana María Ruiz, Efrain Arturo Moreno, Elena Yela, Neus Solé, Andrés Marco..... 125

I04. Love is... “in tu piel”
Sonia Fraile Alonso, Andrea Robredo Manuel, Eloina Mallada García..... 126

I05. Prevalencia de infección tuberculosa latente en la población que ingresa en las prisiones de Cataluña. Estudio InTbCat
Neus Solé, Andrés Marco y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat)..... 127

<p>I06. Factores predictivos de tuberculosis en los ingresados en prisión. Subanálisis del Estudio InTbCat <i>Neus Solé, Andrés Marco y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat)</i>..... 128</p> <p>I07. Riesgo de infección por M tuberculosis en presos extranjeros con elevada prevalencia de vacunación BCG. Sub-análisis del estudio InTbCat <i>Neus Solé, Andrés Marco y Grupo de Estudio de la ITL en internos de Cataluña (InTbCat)</i>..... 129</p> <p>I08. Detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adultos ingresados en prisión con conductas sexuales de riesgo y/o antecedente previo de ITS <i>Carmen Macías Gómez, Elena Yela, Andrés Marco, Pilar Sánchez Enconmienda</i> 130</p>	<p>I09. Reinfección por VHC en pacientes tratados con AAD en prisiones de la región de Murcia <i>Juan Antonio González Gómez, José Tomás Quiñonero Díaz, Carlos Galera Peñaranda, Álvaro Cebrián Jimeno</i>..... 131</p> <p>I10. ¿Afectó la pandemia del SARS-COV-2 a la incidencia de escabiosis en nuestro centro penitenciario? <i>Sonia Magaña Hurtado, Iratzu Elorriaga Miranda, Josélia Barbosa Da Silva, Maria Luisa Argote Arrondo, M^a Isabel Básalo Fernández, Ainhoa Bengoa Landazuri</i> 132</p> <p>I11. Características sociodemográficas y situación clínica de los pacientes con infección por VIH en un centro penitenciario <i>Maite Nogales-García, Eva María Fernández-López-de-Vicuña, Rafael Velasco García, María Elena Pujol Padro, Irene San Jose Muñiz, José Luis Ayensa Diaz</i> 133</p>
---	--

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES, 23 DE MAYO DE 2024

9:00 – 19:00 Entrega de Documentación

9:00 – 12:00 Reuniones de los grupos de Trabajo de la SESP

12:30 – 13:30 **Desescalada verbal y entrenamiento actitudinal**
Salón Canciller

Autoras:

M^a Olarizu Olalde Ortiz

Enfermera especialista en salud mental. Supervisora del Área de Rehabilitación Funcional-1. Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

Isabel Alonso Durana

Enfermera especialista en salud mental. Supervisora de la Unidad de Gestión Sanitaria. Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

Paloma Gonzalez Fontecha

Enfermera especialista en salud mental del Área de Subagudos de Adultos Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

13:30 – 15:00 Almuerzo de trabajo

15:00 – 16:30 **COMUNICACIONES ORALES DE FARMACIA, INFECCIOSAS Y**
Salón Canciller **SALUD MENTAL.**

Moderador:

Pablo Saiz de la Hoya Zamácola

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario Alicante I. Alicante.

F01 - Impacto de los tratamientos crónicos en la frecuencia de visitas a la consulta médica: un enfoque comparativo.

Primer autor: Manuel V. Planelles Ramos.

Resto de autores: Enrique J. Vera Remartínez.

I02 - Perfil clínico-epidemiológico de los infectados por VIH que ingresan en prisión y variables asociadas a la discontinuación del tratamiento antirretroviral.

Primer autor: Elena Yela.

Resto de autores: Lidia Puig; Neus Solé; Andrés Marco; Carmen Macías; Sonia Mellado.



I05 - Prevalencia de infección tuberculosa latente en la población que ingresa en las prisiones de Cataluña. Estudio InTbCat.

Primer autor: Neus Solé Zapata.

Resto de autores: Andrés Marco y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat): Álvarez-Pizarro M; Balcazar EP; Barnés I; Bonvehí P; Camí LL; Gómez-Vázquez A; Labata MJ; Lleopart N; Machado MA; Marín-Boada J; Millet JP; Prieto R; Salas AJ; Sánchez-Encomienda P; Sánchez-Roig M; Saperá N; Serrats M; Subirós RM; Quiroga MT; Turu E.

I06 - Factores predictivos de tuberculosis en los ingresados en prisión. Subanálisis del Estudio InTbCat.

Primer autor: Neus Solé Zapata.

Resto de autores: Andrés Marco y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat): Álvarez-Pizarro M; Balcazar EP; Barnés I; Bonvehí P; Camí LL; Gómez-Vázquez A; Labata MJ; , Lleopart N; Machado MA; Marín-Boada J; Millet JP; Prieto R; Salas AJ; Sánchez-Encomienda P; Sánchez-Roig M; Saperá N; Serrats M; Subirós RM; Quiroga MT; Turu E.

I07 - Riesgo de infección por M tuberculosis en presos extranjeros con elevada prevalencia de vacunación BCG. Sub-análisis del estudio InTbCat.

Primer autor: Neus Solé Zapata.

Resto de autores: Andrés Marco y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat): Álvarez-Pizarro M; Balcazar EP; Barnés I; Bonvehí P; Camí LL; Gómez-Vázquez A; Labata MJ; Lleopart N; Machado MA; Marín-Boada J; Millet JP; Prieto R; Salas AJ; Sánchez-Encomienda P; Sánchez-Roig M; Saperá N; Serrats M; Subirós RM; Quiroga MT; Turu E.

I08 - Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adultos ingresados en prisión con conductas sexuales de riesgo y/o antecedente previo de ITS.

Primer autor: Carmen Macías Gómez.

Resto de autores: Elena Yela; Andrés Marco; Pilar Sánchez Encomienda.

SM03 - Estudio descriptivo de la patología mental en la población penitenciaria del centro penitenciario de Zaragoza.

Primer autor: Rebeca Llopis Lamban.

Resto de autores: Raquel Sánchez Recio; Marta Cerdan Bernad.

SM07 - Perfil de las conductas autolesivas en el medio penitenciario y su relación con experiencias de violencia sexual infantil.

Primer autor: Neus Bacardit García.

Resto de autores: Núria María López Fernández; Xavier Raso Domínguez; Salvador Carbonell Bassó; Víctor González Reina; Verónica Paredes Roselló; Carlos Touzón López; Meritxell Viladrich Canudas; Àurea Autet Puig.

16:30 – 18:00
Salón Canciller

MESA DE SALUD MENTAL

Avances en la atención psiquiátrica penitenciaria.

Moderadores:

Edorta Elizagarate Zabala

Servicio Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Álava. Responsable Centro de Salud Mental del Centro Penitenciario Araba/Álava.

Pedro Masse García

Psiquiatra del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

Ponencias:

Mujeres, salud mental y el ecosistema penitenciario: aprender a mirar para poder ver.

Juan Elizondo Pérez de Albéniz

Enfermero especialista en salud mental del CSM de Zaballa. RSMA-Osakidetza.

Pacientes con esquizofrenia en medio penitenciario.

Pedro Sánchez Gómez

Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza.

Modelo europeo de excelencia en atención psiquiátrica penitenciaria.

Silvia Paz Ruiz

Médico internista. Coordinadora del libro blanco de psiquiatría penitenciaria.

18:00 – 19:00
Salón Canciller

Simposio de ROVI

Una oportunidad para la psiquiatría en medio penitenciario: Risperidona ISM®.

Coordinador:

Edorta Elizagarate Zabala

Ponentes:

Panorámica general de los trastornos mentales graves en la población encarcelada española.

Edorta Elizagarate Zabala

Jefe de Servicio de Psiquiatría en la Red de Salud Mental de Álava. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Clínica y profesor en la Universidad de Deusto.

Ventajas de tratar los trastornos psicóticos en prisión.

Eloina Mallada García

Médico de Prisiones del Centro Penitenciario de León. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Salud Mental y Adicciones de la Soc. Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).



Vitoria-Gasteiz
23, 24 y 25 de Mayo de 2024
Hotel NH Canciller Ayala

Uso de antipsicóticos inyectables de larga duración y utilidad de Risperidona ISM® en el medio penitenciario.

Miriam Fernández Sánchez

Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Miembro del Grupo de trabajo de Salud Mental y Adicciones de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y Miembro del Grupo Coordinador de Neuropsiquiatría de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

19:30

ACTO INAUGURAL

Pórtico Catedral
Santa María de
Vitoria-Gasteiz

20:00

Conferencia Magistral Justicia y salud

Presenta y Modera:

Pilar Ruiz de Larrea Pérez

Periodista Radio Vitoria.

Ponentes:

Ruth Alonso Cardona

Magistrado del juzgado de vigilancia Penitenciaria de Bilbao.

Juan Medrano Albéniz

Psiquiatra adjunto del centro de salud mental de Salburua de la Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza.

VIERNES, 24 DE MAYO DE 2024

9:00 – 11:00 **MESA DE ADICCIONES**
Salón Canciller **Nuevas sustancias de riesgo.**

Moderadores:

José Miguel Antolín Mugarza

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario Ocaña 1. Toledo.

Josune Pérez de Arenaza Iturrospe

Red de Salud Mental de Araba

Ponencias:

Nuevos cannabinoides de síntesis.

Fernando Rodríguez de Fonseca

Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid.

Chemsex: Un enfoque desde la psiquiatría.

Sebastián Vargas Cáceres

Psiquiatra. Projecte d'Atenció al Chemsex. BCN Checkpoint. Barcelona.

Centre de Salut Mental d'Adults. Benito Menni CASM. L'Hospitalet del Llobregat.

Agonistas opiáceos, ayer, hoy, mañana.

Jean Pierre Deaulouede

Psiquiatra de Bourdeaux.

11:00 – 11:30 Café

11:30 – 12:30 **Simposio JOHNSON & JOHNSON.**
Salón Canciller **Paciente con Trastorno Mental Grave ¿Puede ser un paso por la Institución Penitenciaria una Oportunidad Terapéutica?**

Moderador:

Pedro Sánchez Gómez

Ponencias:

Tratamientos antipsicóticos de larga duración: su importancia en el paciente con Trastorno Mental Grave privado de libertad.

Pedro Sánchez Gómez

Psiquiatra. Hospital de Zamudio y Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Deusto. Bilbao.



Vitoria-Gasteiz
23, 24 y 25 de Mayo de 2024
Hotel NH Canciller Ayala

De los estudios a nuestro día a día. Tratamientos antipsicóticos de larga duración como una oportunidad terapéutica.

Pedro Massé García

Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Sevilla.

12:30 – 14:00
Salón Canciller

MESA DE FARMACIA

Farmacocontaminación y prescripción sostenible.

Moderadores:

Miriam Celdrán Hernández

Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Maite Nogales García

Farmacéutica hospitalaria del Depósito de Medicamentos del Centro de Salud Zaballa C.P. OSI Araba-Osakidetza. (Centro Penitenciario Araba/Álava).

Ponencias:

Farmacocontaminación.

Unax Lertxundi Etxebarria

Sección Farmacia de la Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza.

Gorka Orive Arroyo

Catedrático de Farmacia de la Universidad del País Vasco.

Prescripción sostenible eco-dirigida.

Rafael Hernández Palacios

Sección Medicina Interna. Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza.

Experiencia de deprescripción de psicofármacos en un centro penitenciario.

José Joaquín Antón Basanta

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario de Albolote. Granada. Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

14:00 – 15:30 Almuerzo de Trabajo

15:30 – 16:30
Salón Canciller

COMUNICACIONES ORALES ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador:

Fabio Sternberg

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario Madrid III. Valdemoro.

AP04 - Discontinuidad de la asistencia a las visitas programadas en la comunidad tras la excarcelación.

Primer autor: Lidia Puig García.

Resto de autores: Elena Yela; Neus Solé; Elísabet Turu; Xenia Rue; Sonia Mellado

AP06 - Riesgo de hígado graso según *Fatty Liver Index* (FLI) y de fibrosis hepática valorado mediante el *index liver fibrosis-4* (FIB4) al ingreso en prisión.

Primer autor: Lidia Puig García.

Resto de autores: Elena Yela; Jordi Tost; Mireia Llopart; Adrián Jacas; Sonia Mellado

AP09 - Experiencia en espirometría forzada en un centro penitenciario.

Primer autor: Fernando Ruiz Rodríguez

Resto de autores: José Joaquín Antón Basanta; Inmaculada Gómez López; José Ramón López Díaz; Juan Antonio Arance Maldonado.

AP10 - Valoración de la salud bucodental e identificación de los factores de riesgo en las mujeres privadas de libertad en un centro penitenciario.

Primer autor: Irantzu Elorriaga Miranda.

Resto de autores: María Luisa Argote Arrondo; Joselia Barbosa Da Silva; María Regueira Gayoso; Sonia Magaña Hurtado; Alfresco Fernández de Villaverde Sáenz de Ugarte.

AP17 - Enfermería de Enlace: Un año de derivaciones y coordinación intra-extra-penitenciaria en un centro penitenciario de Barcelona.

Primer autor: Francisco Javier Rodríguez Acevedo.

Resto de autores: Gustavo Adolfo Jiménez Fragoso.

16:30 – 18:00
Salón Canciller

MESA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Consecuencias de la actual situación de la Atención Primaria en prisiones.

Moderadores:

Elena Garcés Pina

Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Zuera. Zaragoza.

Julián Javier Ollo Jacoisti

Supervisor de Enfermería de la Unidad de Atención Primaria en el Centro de Salud Zaballa C.P. OSI Araba-Osakidetza (Centro Penitenciario Araba/Álava).

Introducción:

Juan Antonio González Gómez

Servicio Sanitario Centro Penitenciario Murcia.

Ponencia:

Francisco Corpas Arce

Director Servicios Jurídicos del Consejo General de Enfermería.



Vitoria-Gasteiz
23, 24 y 25 de Mayo de 2024
Hotel NH Canciller Ayala

18:00 – 19:00
Salón Canciller

Simposio CAMURUS

Abordaje de la transición terapéutica en el tratamiento de la dependencia a opioides con Buprenorfina de Liberación Prolongada.

Ponentes:

Eloína Mallada García

Médico del Servicio Sanitario Centro Penitenciario. León.

Sonia Fraile Alonso

Enfermera de Instituciones Penitenciarias. León.

19:00 – 20:00

TALLERES SIMULTÁNEOS

Taller Síndrome metabólico en paciente psiquiátrico

Ponente:

Nagore Iriarte Yoller

Psiquiatra de la Red de Salud Mental de Araba-Unidad de Psicosis Refractaria y Centro de Salud Mental de Zaballa.

Taller Acceso Vascular Intraóseo

Ponente:

Ana Mtz de Zabarte Delgado

Enfermera de Urgencias y Emergencias de Osakidetza. UVI Móvil de Nanclares de la Oca. Instructora de SVA del Plan Nacional de RCP, CERCP por Semicyc.

Taller Cura de Heridas de difícil cicatrización. Un reto para enfermería.

Ponente:

Garbiñe Ruiz de Gordo Campo

Enfermera del servicio de Hospitalización a Domicilio de OSI Araba. Referente en heridas del servicio de Hospitalización a Domicilio. Experta universitaria en cuidados y curas de heridas crónicas por la Universidad de Cantabria.

21:00

Palacio
de Elorriaga

CENA ENTREGA DE PREMIOS

NOTA: la organización dispondrá de traslados desde el Hotel Sede.

SÁBADO, 25 DE MAYO DE 2024

9:30 – 10:00 **Simposio GILEAD**
Salón Canciller

10:00 – 12:00 **MESA DE INFECCIOSAS**
Salón Canciller **Actualización en enfermedades infecciosas.**

Moderadores:

Joseba Portu Zampirain

Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Araba.

Fernando Ruiz Rodríguez

Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Albolote. Granada.

Ponencias:

Actualización en VIH.

Santiago Moreno Guillen

Servicio de Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Actualización en Tuberculosis.

Andrés Marco Mouriño

Enfermedades Infecciosas. Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud.

Vacunación en grupos de riesgo

Sofía-Victoria Casado Hoces

Servicios Sanitarios Centro Penitenciario Madrid VI. Aranjuez.

12:00 – 12:30 **Café**

12:30 – 13:30 **Asamblea Ordinaria de la SESP**
Salón Canciller

13:30 – 14:30 **Asamblea Extraordinaria de la SESP**
Salón Canciller

XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas Nacionales de la SESP

José Joaquín Antón Basanta

Presidente de la SESP

Estimados/as Compañeros/as,

Un año más nos juntamos en nuestro Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria y como es habitual os presento el número especial de nuestra Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP) donde se publican las ponencias y comunicaciones que habéis enviado en este XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).

Este año se celebra nuestro congreso por primera vez en el País Vasco, en la maravillosa ciudad de Vitoria, que nos ha acogido de una manera excepcional.

En los últimos editoriales que he escrito con motivo de los congresos previos manifestaba que se vivían dos tipos de sanidad penitenciaria, la de las comunidades autónomas con las competencias asumidas y la de las que no. Hoy seguimos en el mismo punto. Dos años después del congreso de Jerez lo único que ha variado es que la falta de médicos en aquellas comunidades que no las han asumido es aún más considerable y resolver el problema más acuciante. Hoy hacemos nuestro congreso en una comunidad, el País Vasco, que sí tiene asumidas las competencias, y su compromiso con el congreso, con la SESP y con la sanidad penitenciaria en general está siendo, sencillamente, extraordinario. Esta respuesta de un servicio de salud comunitario que tiene asumidas las competencias demuestra, aún más si cabe, que una sanidad penitenciaria adecuada es necesaria y gratificante, que da respuesta a muchos de los problemas de salud pública y da atención de calidad a una población muy necesitada de esta. Cataluña es otro ejemplo, su implicación en la sanidad penitenciaria es bien conocida y siguen siendo referentes en la divulgación del conocimiento en nuestro ámbito. Del resto de prisiones solo puedo hacer una especial mención a los compañeros/as, médicos/as, farmacéuticos/as, enfermeros/as y auxiliares que están haciendo una labor extraordinaria en unas condiciones cada día peores y sin atisbo, ni a corto ni a medio plazo, de solución. Su trabajo merece todo nuestro reconocimiento.

En cualquier caso, y a pesar de todas las dificultades, os aseguro que, como dice el lema de este congreso, la SESP está comprometida con la salud de la población a la que atendemos y está comprometida con la igualdad de todos los que trabajamos por ella y, os aseguro también, que seguiremos trabajando con la misma dignidad y con el máximo esfuerzo por la sanidad penitenciaria de nuestro país y os animamos a hacer juntos este camino. Unidos será posible.

Quiero agradecer, desde estas líneas, el trabajo de los comités organizador y científico y felicito, especialmente, a todos los que han presentado trabajos y comunicaciones que reflejan nuestro trabajo y divulgan conocimiento. Agradezco también, como no puede ser menos, al comité editorial de la RESP, como órgano de expresión de nuestra sociedad, por mantener año tras año la extraordinaria calidad de su trabajo.

Por último, quiero hacer en mi nombre y en el de toda la SESP un recuerdo, un reconocimiento y un agradecimiento muy especial a nuestra compañera Esther Campo Moneo, que nos dejó en octubre pasado y estuvo hasta el final trabajando en la organización de este congreso después de haber presidido ella misma el comité organizador del magnífico congreso de Jerez. Descanse en paz.

Gracias a todos los que trabajáis en la sanidad penitenciaria por vuestro esfuerzo, vuestra dedicación y vuestro compromiso. Disfrutad de Vitoria.

Jueves 23 mayo 2024

PONENCIA.

Desescalada verbal. Entrenamiento actitudinal

M^a Olarizu Olalde Ortiz¹, Isabel Alonso Durana², Paloma González Fontecha³

¹Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora del Área de Rehabilitación Funcional-1. Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

²Enfermera especialista en Salud Mental. Supervisora de la Unidad de Gestión Sanitaria. Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

³Enfermera especialista en Salud Mental del Área de Subagudos de Adultos. Red de Salud Mental Araba. Osakidetza.

RESUMEN

Introducción: La desescalada verbal es una estrategia de aproximación a la persona agitada buscando reducir el nivel de agitación para ayudarle a mantener el control. Los objetivos son garantizar seguridad, restablecer autocontrol, llegar a acuerdos, establecer límites y dominar la situación.

Clima emocional: Los/las profesionales deben ser conscientes de sus emociones, comprender la responsabilidad de las emociones negativas que pueden generar conducta problemática.

Agitación psicomotriz: Es prioritario intervenir de forma temprana para evitar una escalada de la agresividad. Imprescindible conocer síntomas de alarma y etapas de la escalada conductual.

Desescalada verbal: No realizarla con actitudes profesionales disfuncionales, evitar comportamientos que aumenten la agresividad. Requiere responsabilidad, compromiso y ética. Practicar la empatía, escucha activa, respeto, proactividad y asertividad. La desescalada utiliza estrategias de comunicación verbal y no verbal desarrolladas en el proyecto BETA, que establece 10 dominios.

Conclusiones: La desescalada verbal es una estrategia de primer nivel aplicable en medio penitenciario. Realizarla de forma estandarizada mediante los 10 dominios disminuye el uso de estrategias coercitivas. Evitar actitudes y comportamientos profesionales que favorezcan el aumento de la agresividad. Fundamental una formación en desescalada verbal de las/los profesionales completada con un buen entrenamiento actitudinal.

Palabras clave: desescalada verbal; agitación psicomotriz; entrenamiento actitudinal.

INTRODUCCIÓN

La desescalada verbal se define como la estrategia de aproximación a la persona agitada buscando reducir progresivamente el nivel de agitación^{1,2}, ayudándole a que pueda mantener el control³. Los objetivos de la desescalada verbal son los siguientes:

- Garantizar la seguridad de todas las personas.
- Sosegar, calmar, reestablecer el autocontrol.
- Llegar a acuerdos, negociar.

- Establecer límites de conducta claros.
- Dominar la situación.
- Evitar una contención.

La contención verbal se debe llevar a cabo siguiendo las siguientes premisas⁴:

- Practicar habilidades de comunicación efectiva sobre todo en los inicios de la escalada conductual.
- Establecer un vínculo terapéutico de colaboración para resolver el conflicto, captando la atención de la persona.

- Informar a la persona de la conducta de control que se espera de ella.
- Buscar un espacio seguro y que favorezca intimidad del resto de personas.

La *formación de los profesionales sanitarios* en desescalada verbal reduce el número de personas que requieren contención o aislamiento. Cuando se resuelve la agitación de manera no violenta se considera un éxito tanto para la persona agitada como para el profesional. Además, esta forma de resolución no repercute física ni psicológicamente en la persona, favoreciendo así la relación terapéutica y por consiguiente todo el proceso de cuidados.

CLIMA EMOCIONAL

Las *emociones* son reacciones naturales que nos permiten ponernos en alerta ante determinadas situaciones que implican peligro, bienestar, amenaza, frustración, etc.

Los/las profesionales deben ser conscientes de su propio clima emocional. Además, deben saber y entender que son los responsables de las emociones negativas que les puede generar la conducta problemática de la persona agitada. Ser consciente de las propias emociones, manejarlas y mantener la calma ayudará a dar la mejor respuesta a las necesidades de la persona.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

La *agitación psicomotriz* se define como una actividad motora excesiva asociada a un sentimiento de tensión interior que suele presentarse en forma de movimientos no productivos y repetitivos, si esta aumenta puede conducir a conductas agresivas⁵.

La agitación debe entenderse como un continuum que se puede considerar como una escalada de niveles de agitación de la persona, sobre los que se pueden intervenir⁵.

En sus inicios se suele presentar con signos leves y es fundamental que en ese momento los y las profesionales lo detecten e intervengan de forma temprana con proactividad para evitar una escalada de la agresividad y el punto de “no retorno”^{1,3,5}.

Los *signos de alarma* que pueden preceder a una escalada de violencia en personas adultas son fundamentalmente el humor hostil, la expresión facial tensa y la tensión muscular, el contacto visual prolongado y/o desafiante y el aumento en el volumen del habla, el silencio o la negativa a comunicarse⁶.

Las *etapas de la escalada conductual* son: la calma, el desencadenante, la agitación, la aceleración, la cima, la desescalada y la recuperación⁷. Es fundamental conocer dichas etapas y ser proactivos para intervenir en las primeras etapas de la escalada conductual evitando que la persona pueda llegar a la cima.

DESESCALADA VERBAL

Es preciso destacar que no se puede realizar desescalada verbal con actitudes profesionales disfuncionales como pueden ser: la intolerancia, la frialdad en el trato, la desconfianza, el recelo, el cinismo, el malhumor, el no respetar y la visión negativa de los demás^{7,8}.

Se deben evitar comportamientos que pueden aumentar la agresividad como son: las discusiones, la imposición de normas sin explicación, la falta de empatía, la no disponibilidad, la impaciencia, el no escuchar, el rechazo, la no aceptación, el presuponer hechos y demorar la atención^{7,8}.

La desescalada verbal requiere de gran responsabilidad, compromiso y ética, para ayudar a la persona a recuperar el control y a expresar de forma constructiva su emoción. Los/las profesionales sanitarios deben practicar la empatía, la escucha activa, el respeto, la proactividad y la asertividad^{1,3}.

En este sentido es fundamental llevar a cabo una buena comunicación interpersonal con el objetivo de que el mensaje que se va a transmitir llegue claro y conciso a la persona agitada. Para ello es importante que exista una coherencia entre la comunicación verbal, la no verbal y la paraverbal (el tono y volumen de la voz, la fluidez verbal, la velocidad, la claridad, las pausas y los silencios). Hay que tener en cuenta que la persona agitada/agresiva tiene un mayor enlentecimiento en sus capacidades para procesar y entender la información, ya que su pensamiento se caracteriza por ser ilógico, concreto y desenfocado.

La desescalada verbal se lleva a cabo a través de estrategias de comunicación verbal y no verbal desarrolladas por el proyecto *Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation* (BETA) elaborado por la Asociación Americana de Urgencias Psiquiátricas con la finalidad de buscar estandarizar las técnicas de desescalada para que se realicen con las mejores garantías⁹, de la mejor manera posible y que no solo resulten eficaces y seguras, sino que sean satisfactorias para los intereses de la persona agitada/agresiva³.

El proyecto BETA establece 10 dominios para realizar una buena desescalada verbal^{1,3,4,9}:

1. Respetar el espacio personal:
 - Mantener al menos 1,5 m de distancia, situándose en ángulo no dominante de la persona.
 - Acercarse a la persona de manera oblicua, evitar aproximarse de manera frontal. Nunca hay que dar la espalda.
 - Tener en cuenta que cualquier intento de penetrar en su espacio hará que se vea incrementada sus sensaciones de incomodidad y pueda aumentar la agresividad.
 2. Evitar actitud provocadora:
 - Mostrar una actitud positiva, abierta, tranquila y segura.
 - Mantener expresión facial neutra, relajada. Contacto visual limitado, no invasivo.
 - Mantener postura corporal abierta, colocando las manos en frente de nuestro cuerpo y en posición relajada. Evitar cruzar los brazos.
 - Colocarse a la misma altura de la persona para evitar posturas de poder.
 - Vigilar que otras personas no hagan provocaciones.
 3. Establecer contacto verbal y visual:
 - Presentarse a la persona y proporcionar orientación y apoyo.
 - Establecer el contacto verbal una sola persona, acompañada por otra u otras personas.
 - Disminuir las preocupaciones de la persona.
 - Explicarle nuestras intenciones: estamos para mantenerle seguro y asegurarnos que nadie le haga daño.
 - Garantizarle que queremos ayudarle a recuperar el control.
 4. Ser conciso y utilizar lenguaje sencillo:
 - Utilizar frases cortas y sencillas con un tono calmado y tranquilizador, con uso de silencios funcionales.
 - Dar tiempo para procesar lo que se le ha dicho y que responda antes de proporcionar información adicional.
 - Repetir el mensaje hasta que nos escuche. Utilizar la técnica del “disco rayado”.
 5. Identificar deseos y sentimientos:
 - Preguntar cómo se siente y que necesita utilizando preguntas abiertas.
 - Identificar deseos y sentimientos
 - Responder empáticamente, mostrarse honesto y expresar deseo de ayudarle.
 - Validar sus emociones.
 6. Prestar atención a lo que dice:
 - Utilizar la escucha activa y proporcionar *feedback*.
 - Transmitir que se le entiende a través del lenguaje corporal y la conversación.
 - Repetir lo que ha dicho para transmitir que se le ha entendido.
 7. Llegar a un acuerdo o acordar lo que se des-
acuerda:
 - Acercar posturas sin confrontar, buscando algo que nos pueda situar cerca de la posición de la persona.
 - Expresar honestidad a pesar de que no se encuentre algo con lo que estar de acuerdo.
 - Aclarar aspectos que son innegociables.
 8. Establecer límites con claridad:
 - Establecer límites claros de forma respetuosa.
 - Comunicárselos de forma idónea con respeto, honestidad y sin autoritarismos.
 - Reforzar positivamente los intentos de auto-control y la presencia de conductas esperadas.
 9. Ofrecer opciones:
 - Proponer alternativas realistas.
 - Dar opciones de elección, ya que es la única fuente de poder para una persona.
 - Ser optimista y transmitir esperanza, reconociendo el carácter transitorio de la crisis.
 10. Informar a la persona y a los profesionales post
intervención:
 - Explicar por qué es necesaria la intervención y los procedimientos para llevar a cabo.
 - Enseñar como expresar adecuadamente la ira o emociones disfuncionales.
- Durante la desescalada verbal es importante que los profesionales sanitarios tengan en cuenta y pongan en práctica aquellas actitudes que son positivas y que pueden ayudar a que la persona adquiera progresivamente el control de su conducta y evitar aquellas que pueden repercutir en el aumento de los niveles de agresividad (Figura 1).

CONCLUSIONES

La desescalada verbal es una estrategia de intervención de primer nivel que busca regular las demandas que realiza la persona agitada y las emociones para evitar un aumento en la escalada de la agresividad y una pérdida del autocontrol del comportamiento¹.

La realización de la desescalada verbal de forma estandarizada mediante los 10 dominios del proyecto BETA, disminuye de forma importante la necesidad del uso de estrategias totalmente coercitivas⁴.

Evitar actitudes y conductas profesionales que favorezcan la perpetuación o incremento de la agitación de la persona es imprescindible para poder prevenir una “escalada iatrogénica”⁷.

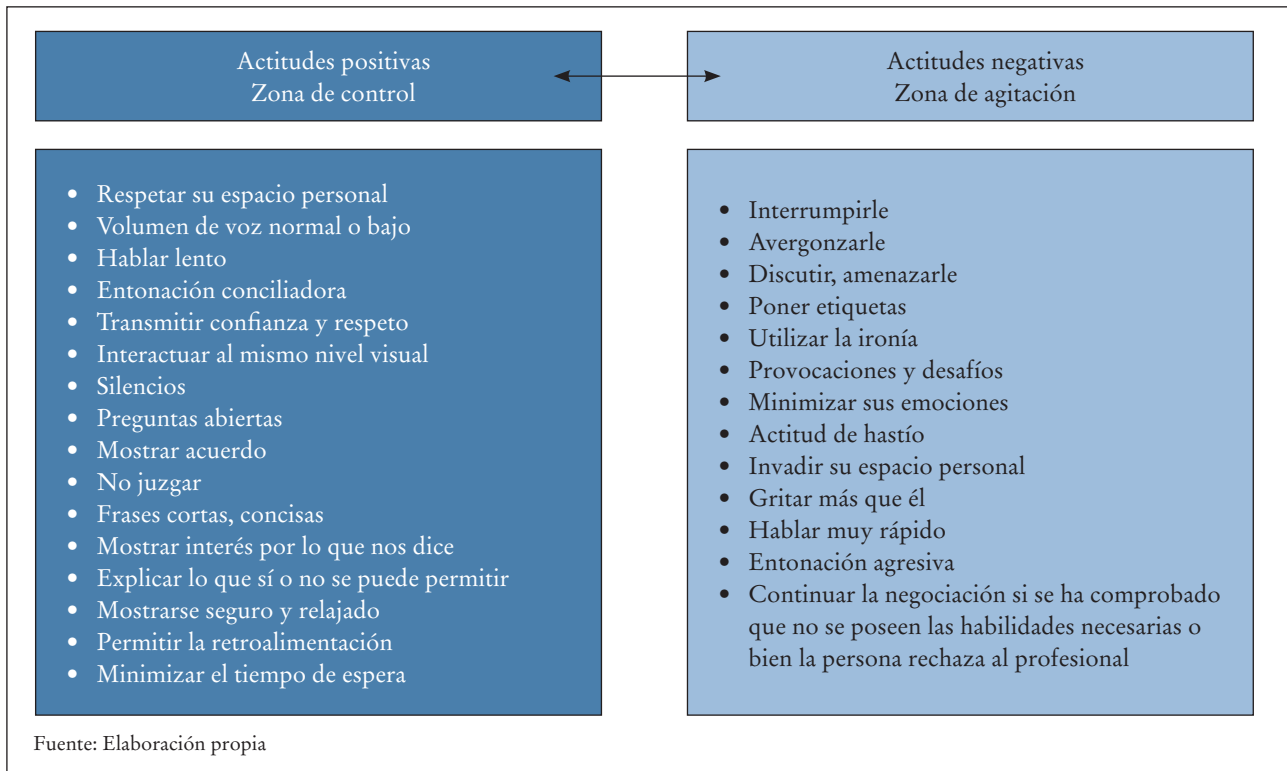


Figura 1.

Los/las profesionales deben ser conscientes de su propio clima emocional, ya que manejar las emociones ayuda a abordar y afrontar la situación de una manera mucho más efectiva, dando respuesta a las necesidades de la persona.

Es fundamental una buena formación que proporcione a los/las profesionales la adquisición de habilidades y competencias adecuadas en desescalada verbal. Formación continuada y periódica, que debe ser completada con un buen entrenamiento actitudinal.

La formación en desescalada verbal es totalmente aplicable en el medio penitenciario, ya que ayudará de forma importante en la prevención y manejo de la conducta agitada y agresiva, aumentando a su vez la satisfacción de la persona en todo el proceso terapéutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Megías-Lizancos F, Vila-Gimeno C, Carretero-Román J, Rodríguez-Monge MA, Salas-Rubio JM, Sánchez-Alfonso J, et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 2016;1(1):1-22.
2. García Sastre M, González Alegre P, Marín Rodríguez J, Román Rodríguez de Tudanca N. Prevención de la contención mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera. En: XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia; AEESME; 2017.
3. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb; 13(1):17-25. Doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864.
4. Marín Rodríguez J, García Sastre M. Prevención de la Contención Mecánica: Desescalada verbal desde la perspectiva enfermera. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Murcia; 2017. Disponible en: <https://www.codem.es/ponencias/prevencion-contencion-mecanica-desescalada-verbal-desde-perspectiva-enfermera>.
5. Martinez Raga J, Amore M, Di Sciascio G, Florea RI, Garriga M, González G, et al. 1st International Experts' Meeting on Agitation: Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. *Front Psychiatry*. 2018 Feb; 27(9):54. doi: 10.3389/fpsy.2018.00054.

PONENCIAS.

Ponencias y comunicaciones del XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas de la SESP
Vitoria-Gasteiz, 23, 24 y 25 de mayo de 2024 – www.congresosesp.es.

6. Registered Nurses' Association of Ontario. Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
7. García Portilla González MP, Grande i Fullana coord. Consenso Español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2020.
8. Ortiz Moreno JM. Actitudes para la desescalada en salud mental. *Rev Enferm Salud Ment.* 2020; 15:24-28. doi: 10.5538/2385-703X.2020.15.24.
9. Holloman G, Zeller S. Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med.* 2012 Feb;13(1): 1-2. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6865.

Jueves 23 mayo 2024

MESA. SALUD MENTAL

Mujeres, salud mental y el ecosistema penitenciario: aprender a mirar para poder ver

Juan Elizondo Pérez de Albéniz

Enfermero especialista en salud mental del CSM de CP Zaballa. RSMA-Osakidetza.

RESUMEN

La atención a la salud mental de las mujeres privadas de libertad en el contexto penitenciario es un desafío complejo que requiere de respuestas sensibles al constructo del género.

Las características de esta población en los centros penitenciarios, históricamente invisibilizada, y la complejidad de abordaje de sus necesidades de salud mental responde, entre otras cuestiones, a la superposición de vulnerabilidad de factores sociales, siendo el modelo interseccional una propuesta válida para contemplar las desigualdades percibidas por esta población.

En este artículo se plantea la posibilidad de implementación de programas y estrategias específicas que aborden los cuidados sobre la salud mental de las mujeres en este contexto, mediante un enfoque inclusivo y centrado en las personas que habilite mejorar las condiciones de salud mental y promover la reinserción social de este colectivo.

INTRODUCCIÓN

La atención e intervención sobre la salud mental de las personas privadas de libertad ha sido y es un tema de especial relevancia en el medio penitenciario, que cada vez adquiere más protagonismo relacionado directamente con el incremento de prevalencia de trastornos mentales y emocionales^{1,2}. Así, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 hace mención del ámbito penitenciario y sus servicios sanitarios en su objetivo de establecer un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación social con perspectiva de género³. El Programa de Acciones para la Igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario apuntala esta directriz, que incide en el fomento e incremento de la incorporación de mujeres a los programas penitenciarios de tratamiento de drogodependencias y el desarrollo de programas específicos de educación para la salud y prevención

relacionados con las necesidades y problemas más frecuentes de las mujeres⁴.

En este contexto, es importante recordar que a enero de 2024 el 7% de las personas internas en centros penitenciarios ordinarios españoles son mujeres. Este porcentaje indica que España tiene una de las proporciones más alta de encarcelamiento femenino de Europa, que se acentúa en la Comunidad autónoma del País Vasco (7,9% a enero de 2024)⁵.

Se estima que las mujeres en prisión tienen una probabilidad más alta que las mujeres en libertad y que los hombres en prisión de sufrir un trastorno de salud mental⁶. De este modo, este colectivo tiene cinco veces más probabilidades de experimentar problemas de salud mental que las mujeres de la población general en libertad⁷. El exceso de morbilidad psiquiátrica en el género femenino se debe fundamentalmente a la presencia significativamente más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos mientras que entre los hombres son más frecuentes los trastornos de per-

sonalidad y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias. En la Figura 1 se desgana con mayor detenimiento el perfil de las mujeres privadas de libertad con alta necesidad de cuidados en salud mental⁸.

Si bien es cierto que hay patrones reproducidos en el medio penitenciario que se asemejan a la comunidad (la tendencia a la mayor prescripción de psicofármacos en mujeres a igualdad de necesidad, por ejemplo)⁹ existen otros fenómenos, tales como la conducta suicida, donde se objetivan estadísticas llamativas. Así, las tasas de suicidio o de tentativas por género son equivalentes o al menos las diferencias no son tan significativas como pudieran serlo fuera del entorno penitenciario: los suicidios consumados fueron aproximadamente el 0,6% de la población media femenina y aproximadamente el 0,7% en el caso de los varones, y que, en cuanto a tentativas, en las mujeres alcanzó el 3,26% mientras que en los hombres se dio el 2,42%¹⁰.

De acuerdo con los estudios realizados hasta el momento, en las cárceles del Estado español, las

personas del género femenino se hospitalizan en psiquiatría con menos frecuencia, pero cuando ingresan, sus problemas de salud mental son mucho más graves que los de las personas del género masculino. Por ende, tienen menos oportunidades para un abordaje psiquiátrico exitoso y, por extensión, de reinserción social, laboral o de retorno a su domicilio⁸. Desde esa realidad asistencial parece razonable plantearnos cuáles son las fortalezas y áreas de mejora de los servicios sanitarios en el medio penitenciario (y de la asistencia relacionada con la Salud Mental, concretamente) de cara a implantar nuevos enfoques que examinen cómo los trastornos mentales y los diferentes tratamientos pueden afectar de forma distinta a ambos géneros.

DESARROLLO

En los centros penitenciarios las necesidades específicas de hombres y mujeres difieren y precisan de una atención diferencial que, según las mujeres judicializadas incluidas en los estudios sometidos a análisis, suelen ser más desfavorables para las personas de género femenino. Así se puede constatar en la investigación sobre las características y necesidades terapéuticas de las mujeres privadas de libertad llevada a cabo por el Ministerio del Interior del Gobierno de España, donde la insatisfacción con el programa para el consumo de sustancias recibido es manifiesta para casi la mitad de las mujeres víctimas de violencia de género. Además, se evidencia un mayor número de dificultades para iniciar el tratamiento (interferencia con otras actividades, desconfianza hacia el programa o las y los profesionales, el miedo a que afecte a la custodia de sus hijos/as, etc.)¹¹. Otro ejemplo de esta realidad asistencial se refleja en la opinión que emiten acerca de Servicio Médico, la cual es cualitativamente inferior que otros colectivos, como el equipo de tratamiento o el personal de vigilancia. Así, más de un tercio de las mujeres consideran malas o muy malas las relaciones con el Servicio Médico, acuciándose a casi la mitad en los centros exclusivos de mujeres¹². Si bien es cierto que este hallazgo puede ser multifactorial (falta de recursos humanos, por ejemplo), no debería ser óbice para realizar autocrítica y analizar nuestros modelos de atención.

En estos modelos clínicos se debería contemplar la complejidad de la población a estudio, la cual se enfrenta a una realidad plagada de significaciones referidas a múltiples dimensiones. La mayoría de las cárceles españolas han sido diseñadas y destinadas mayoritariamente a la población masculina, no contando, muchas veces, con programas ni espacios

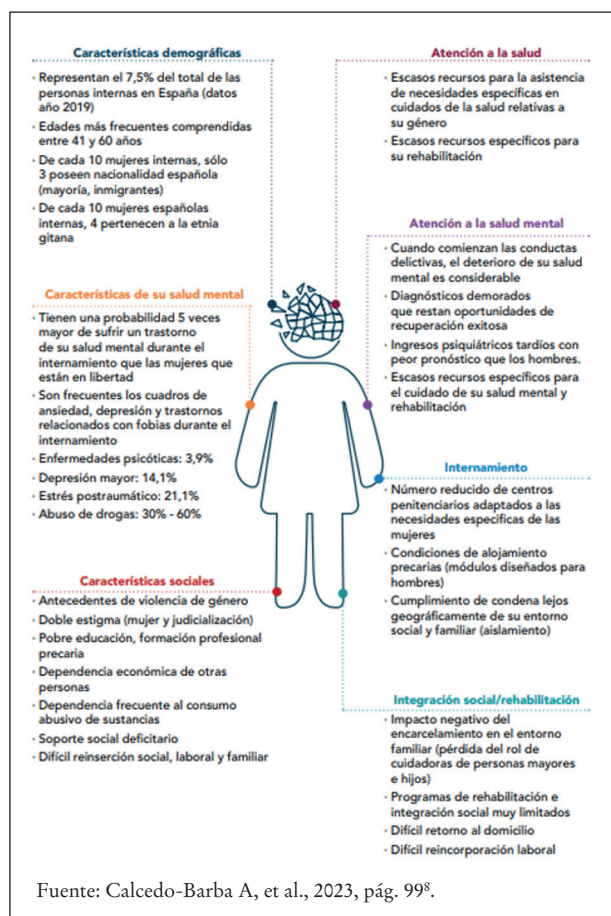


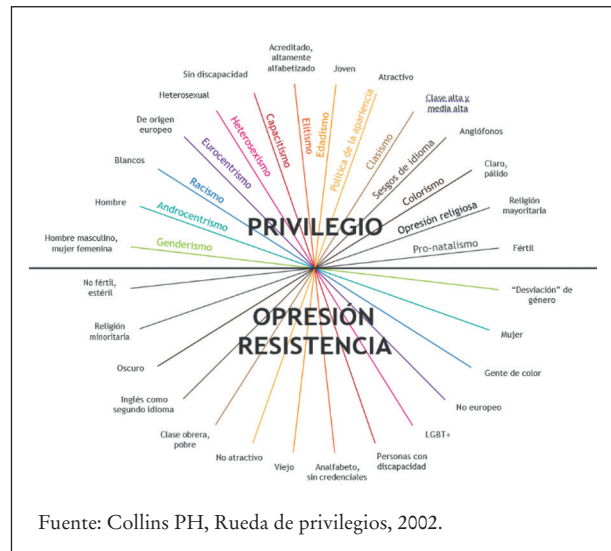
Figura 1. Perfil de las mujeres privadas de libertad con alta necesidad de cuidados en salud mental.

donde desarrollar actividades dirigidas específicamente a mujeres. Se interpreta que ellas no sólo han transgredido la ley, sino que también han incumplido determinadas normas de género, lo cual supone una doble sanción social, que generalmente se traduce en estigmatización¹³. Ligada a las normas de género se encuentran los roles de cuidado, vinculados a la maternidad y a la relación con las personas mayores de la familia¹⁴, los cuales suelen estar acentuados en la franja de edad de los 31 a los 50 años (representando el 62,8% del total de las mujeres penadas a enero de 2024).

Uno de los elementos que más interacciona de forma negativa con la salud mental de las mujeres privadas de libertad no es otro que la Violencia de género (VG). Esta problemática también la contempla el Programa de Acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito penitenciario, que plantea programas específicos para mujeres judicializadas víctimas de violencia de género⁴. La bibliografía existente es contundente al respecto: alrededor del 75% de las mujeres ha sufrido malos tratos físicos, frente al 36,4% de los hombres. La situación se agrava si incluimos el maltrato psicológico, (80,6% de mujeres y 45,8% de hombres) o los abusos o agresiones sexuales experimentados a lo largo de su recorrido vital (45,3% de las mujeres encuestadas frente al 6,6% de los hombres encuestados)².

Estas cifras, alarmantes por sí solas, adquieren una mayor relevancia en el caso de las mujeres con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave. Esta población suma el riesgo de sufrir violencia en un porcentaje entre 2 y 4 veces mayor que el resto de las mujeres y un 40% de ellas ni siquiera identifican como violencia los episodios que forman parte de su realidad¹⁵.

En este punto es importante recalcar la validez del modelo interseccional (Figura 2), es decir, la herramienta analítica que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, la etnia y la clase social. En consecuencia, tanto las desventajas como los privilegios que tiene una persona en un momento y lugar determinados no pueden entenderse examinando de forma aislada los diversos elementos de su identidad. Por el contrario, se debe prestar atención al conjunto de relaciones de poder que le afectan, es decir, las fuerzas tanto macro (estatus social o pobreza, por ejemplo) como micro (el estado de salud de una persona y la estructura de su familia o comunidad)¹⁶. En el contexto a analizar, en este caso el medio penitenciario, es reseñable la alta representación de mujeres extranjeras (3 extranjeras por cada 10 españolas) y de mujeres de etnia gitana entre las de



Fuente: Collins PH, Rueda de privilegios, 2002.

Figura 2. Rueda de privilegios.

nacionalidad española (4 por cada 10 internas españolas)⁸, lo cual justifica en mayor medida el conjunto de relaciones de poder y factores sociales.

DISCUSIÓN

A modo de discusión, en la medida en que el fenómeno y debate acerca de las desigualdades de género se torna complejo, parece necesario vislumbrar una atención sanitaria libre de sesgos de género que refuerce la prestación en cuidados en Salud Mental dentro del medio penitenciario. Esta visión apuntala la vigencia del modelo de interseccionalidad, sin que éste opaque la individualización de los cuidados a ofrecer por parte del equipo interdisciplinar de Salud Mental.

En este sentido, la disciplina enfermera aporta un rol fundamental para intervenir en los malestares de género por su cercanía, disponibilidad y posición en los Servicios Sanitarios penitenciarios. Para ello, la Taxonomía NANDA-NOC-NIC¹⁷⁻¹⁹, la cual forma un marco integral que impulsa la atención de calidad del paciente desde el Proceso de Atención de Enfermería, contempla en sus Diagnósticos, Resultados e Intervenciones la complejidad de las necesidades de salud mental de la población a estudio.

De esta forma, se articulan diagnósticos cuya entidad responde de forma inequívoca a la problemática sobre VG (Tabla 1). Así, se plantea la puesta en marcha de programas basados en la intervención grupal que contemplen el enfoque de género y la salud mental de las mujeres privadas de libertad. Existen precedentes que se desarrollan bajo este encuadre^{14,20,21}, aunque la

PONENCIAS.

Ponencias y comunicaciones del XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas de la SESP Vitoria-Gasteiz, 23, 24 y 25 de mayo de 2024 – www.congresosesp.es.

Tabla 1. Ejemplos de diagnósticos de enfermería con sus intervenciones principales.

Patrón alterado	Diagnóstico de enfermería	Intervención principal (NIC)
Auto percepción- autoconcepto	00124. Desesperanza	4470. Ayuda para la modificación de la misma
	00119. Baja autoestima crónica	5400. Potenciación de la autoestima
	00120. Baja autoestima situacional	
Cognitivo-perceptivo	00146. Ansiedad	5820. Disminución de la ansiedad
	00083. Conflicto de decisiones	5250. Apoyo en la toma de decisiones
Rol-relaciones	00053. Aislamiento social	5270. Apoyo emocional
	00060. Interrupción de los procesos familiares	6400. Apoyo en la protección contra abusos: pareja
Afrontamiento-tolerancia al estrés	00177. Estrés por sobrecarga	5230. Mejorar el afrontamiento

Nota. Fuente: Atención y cuidados profesionales a mujeres víctimas de Violencia de género, 2019.

mayoría lo enfocan hacia el abuso y dependencia de sustancias. Estas pautas relacionadas con los roles de género, cuidados / autocuidados, autoestima y otros constructos que interpelan a la población identificada se pueden llevar a cabo de forma individual en el seguimiento de la Enfermera Especialista en Salud Mental²². No obstante, se plantea la posibilidad de poder ampliar estas intervenciones al formato grupal en la que la enfermera pueda adquirir un papel relevante para que, desde las ventajas que ofrece el formato grupal (el aprendizaje interpersonal, por ejemplo) poder establecer actividades de prevención y promoción de la salud en este colectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Grupo PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). Barcelona, 2011. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>. Consultado el: 11 de enero de 2024.
2. Martínez Persa C, Quesada Arroyo P, de Miguel Calvo E, Dzvonkovska N, Nieto Rodríguez L. Situación de las personas con adicciones en las prisiones españolas. Una visión con perspectiva de género. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD), Madrid. 2021. Disponible en: <https://www.unad.org/wp-content/uploads/2023/06/estudio-prisiones-2023.pdf>. Consultado el: 19 de febrero de 2024
3. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022- 2026. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_men
4. Programa de acciones para la Igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario. Secretaría general de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid. 2009. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Programa_de_acciones_para_la_igualdad_entre_mujeres_y_hombres_en_el_ambito_penitenciario_126101102.pdf. Consultado el: 12 de febrero de 2024.
5. Datos estadísticos de la población reclusa. Fondo documental. Secretaría General de Instituciones penitenciarias. Ministerio del Interior. Enero 2024. Consultado el: 23 de marzo de 2024.
6. United Nations, Günthardt BF, Hollender J, Hungerbühler K, Scheringer M, Bucheli TD, et al. Women's health and the prison setting. *Prison Heal.* 2011;53(9):1-24.
7. Bright AM, Higgins A, Grealish A. Women's experiences of prison-based mental healthcare: a systematic review of qualitative literature. *Int J Prison Health.* 2022; Feb 24:1-18
8. Calcedo-Barba A, Antón-Basanta J, Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. Ed. SEPL Madrid y SESP Barcelona. Junio 2023. Disponible en: <https://irp.cdn-website.com/57cc745d/files/uploaded/Libro%20Blanco%20A4%20Versio-Final%20Junio2023.p> df. Consultado el: 19 de febrero de 2024
9. Bacigalupe A, Cabezas A et al. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *tal_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf*. Consultado el: 11 de enero de 2024.

- Informe SESPAS 2020, Gaceta Sanitaria, Volume 34, Supplement 1. 2020: 61-67. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-genero-como-determinante-salud-articulo-S0213911120301813>. Consultado el: 1 de marzo de 2024
10. Perspectiva de género en la prevención de suicidios en el ámbito penitenciario. Orden de Servicios 2/2021 de la Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Penal. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Madrid. 2022. Disponible en: [https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/78885/I%209-2022.pdf.xsig%20\(3\).pdf](https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/78885/I%209-2022.pdf.xsig%20(3).pdf). Consultado el: 1 de marzo de 2024.
 11. Investigación sobre las características y necesidades terapéuticas de las mujeres privadas de libertad: análisis de la drogodependencia desde la perspectiva de género y abordaje de los procesos de victimización de género. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid. 2023. Disponible en: www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Investigacion_mujeres_privadas_libertad_web_126231235.pdf. Consultado el: 19 de febrero de 2024
 12. Vicente Cuenca MA et al. La situación de la mujer privada de libertad en la institución penitenciaria. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid. Marzo 2021. 48. Disponible en: <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2021/03/ESTUDIO-SOBRE-LA-MUJER-PRIVADA-DE-LIBERTAD.pdf>. Consultado el: 19 de febrero de 2024.
 13. Migallón Lopezosa P, Voria A. Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de Intervención en Salud desde un Enfoque de Género. Instituto de la Mujer. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Madrid. 2007. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/SerieSalud/PrivadasLibertad.pdf>. Consultado el: 23 de marzo de 2024.
 14. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía-APDHA. Informe sobre la situación de las mujeres presas [Internet]. 2019. Disponible en: <https://apdha.org/media/Informe-APDHA-situacion-mujerpresa-web.pdf>. Consultado el: 1 de marzo de 2024.
 15. García Santos A. Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. FE-DEAFES. 2017. Disponible en: http://www.fe-deafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf. Consultado el: 1 de marzo de 2024
 16. Frías M. La interseccionalidad de la discriminación por razones de raza, etnia y género INFORME. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Madrid, Abril 2022. Disponible en: www.inclusion.gob.es/oberaxe/ficheros/documentos/I_Interseccionalidad_ES.pdf. Consultado el: 13 de marzo de 2023.
 17. Butcher HK, Bulechek GM, Wagner CM, Dochterman JM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier España. 2018
 18. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación 2021-2023 Edición hispanoamericana (12ª. Ed). Elsevier España. 2018
 19. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud. (6ª ed.). Elsevier España. 2018
 20. Martínez-Redondo P, Arostegui Santamaría E. Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2023. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_GuiaAbordajeViolenciasGenero.pdf. Consultado el: 23 de marzo de 2024.
 21. Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>. Consultado el: 23 de marzo de 2024.
 22. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/05/24/pdfs/BOE-A-2011-9081.pdf>. Consultado el: 23 de marzo de 2024.

Modelos europeos de excelencia en atención psiquiátrica penitenciaria

Silvia Paz Ruiz

SmartWorking4U. Médico internista. Coordinadora del Libro Blanco sobre la Atención Sanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios de España.

RESUMEN

El “Libro Blanco sobre la Atención Sanitaria a Personas con Trastornos Mentales Graves en Centros Penitenciarios de España” revela disparidades en la atención a estas personas entre las comunidades autónomas con y sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas. Solo tres regiones han asumido competencias en este ámbito e integrado sus sistemas de atención sanitaria penitenciaria en sus sistemas sanitarios regionales: Cataluña (1983), Navarra (2021), País Vasco (2011). El sistema penitenciario dependiente del Ministerio del Interior opera de forma paralela al sistema nacional de salud, lo que resulta en inequidad en el acceso a la atención sanitaria y en oportunidades profesionales desiguales. La prevalencia de trastornos mentales graves en el entorno penitenciario es alta, y requiere atención especializada, pero la atención en prisión suele ser realizada por médicos penitenciarios no especializados. Se destaca una ratio inferior a la media europea de médicos penitenciarios y falta de médicos psiquiatras en muchas prisiones que mayoritariamente actúan como interconsultores a tiempo parcial. Los modelos innovadores, como la Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava, País Vasco) y la integración de recursos sanitarios penitenciarios y comunitarios, de hospitalización y de rehabilitación, en Barcelona, Cataluña, son ejemplos de buenas prácticas organizativas y asistenciales especializadas. La evidencia sugiere que mayor inversión y optimización de la asistencia de la salud mental de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental podría reducir las tasas de reincidencia. En resumen, el Libro Blanco resalta la necesidad de mejorar la atención sanitaria en prisiones, especialmente a la salud mental, y destaca modelos innovadores que podrían ser referentes.

¿Qué aprendimos al elaborar el Libro Blanco sobre la Atención Sanitaria a las Personas con Trastornos Mentales Graves en los Centros Penitenciarios de España?

Existen modelos distintos para la atención sanitaria de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en centros penitenciarios en comunidades autónomas con competencias en sanidad penitenciaria no transferidas frente a aquellas con sus competencias transferidas¹.

La sanidad penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciaria (Ministerio del Interior) se caracteriza por ser un sistema paralelo, aislado del sistema nacional de salud. En consecuencia, aparece inequidad en el acceso a la atención sanitaria para las personas judicializadas, y desigualdad de oportunidades entre profesionales sanitarios del entorno penitenciario frente al entorno comunitario.

Más de 20 años después de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003) para

la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en los sistemas de salud de las CCAA, sólo Cataluña, País Vasco y Navarra han asumido las competencias de sanidad penitenciaria.

A día de hoy (año 2024), la población penitenciaria con atención sanitaria dependiente de la Administración Penitenciaria Nacional representa el 83% (n = 45.732) del total mientras que la población penitenciaria con atención sanitaria dependiente de los sistemas de salud autonómicos sólo el 17% (n = 9.448).

En los centros penitenciarios españoles se estima que al menos, entre 4 y 5 de cada 100 personas internas tienen un trastorno mental grave (TMG). El trastorno mental más frecuente es la patología dual seguido de los trastornos psicóticos. Alrededor del 46% de las personas internas valoradas en servicios especializados en psiquiatría, son diagnosticadas con un TMG.

La persona judicializada con trastorno mental grave tiene necesidades muy altas de cuidados especializados de su salud mental; elevada vulnerabili-

dad, con síntomas graves e incapacitantes que afecta su funcionamiento físico, social e intelectual; y en general, un entorno terapéutico no exitoso. Precisar el diagnóstico es difícil por alta comorbilidad y consumo frecuente de sustancias de adicción. Alrededor de 70% de las personas judicializadas no han tenido un seguimiento de su trastorno mental en la comunidad o han discontinuado el tratamiento farmacológico antes de la comisión de delito y entrada en prisión. Se trata en más del 40% de los casos de personas reincentes y/o arrestadas previamente y más del 50% carecen de un diagnóstico conocido.

Andalucía y Comunidad Valenciana son las CCAA sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas con mayor número de personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.

Exceptuando un centro penitenciario en Madrid, hay ausencia de médicos/as psiquiatras en plantilla en los centros penitenciarios ordinarios de las comunidades autónomas sin competencias en sanidad penitenciaria transferidas.

El modelo prevalente para la atención psiquiátrica en los centros penitenciarios ordinarios se basa en médicos psiquiatras interconsultores (públicos o privados), con dedicación parcial variable según centro (≤ 3 horas semanales).

En consecuencia, la atención psiquiátrica de las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios ordinarios es realizada habitualmente por los médicos penitenciarios.

Sin embargo, en 2020, la ratio media calculada de médicos penitenciarios por cada 1000 personas internas en España (5,2) es inferior a la ratio media para la región europea estimada por la Organización Mundial de la Salud (8,0).

Además, el número de médicos penitenciarios se reduce más que la población penitenciaria debido a desincentivación, difícil relevo generacional con el consecuente deterioro de la calidad de la asistencia sanitaria penitenciaria general, y de la salud mental, en particular.

Hay variabilidad en la dotación de recursos, humanos y estructurales, siendo mayor en centros penitenciarios de menor tamaño (<450 personas internas) que en aquellos de mayor tamaño (>1.000 personas internas).

El programa PAIEM para la rehabilitación y reinserción social de las personas con TMG responde a una concepción pertinente y necesaria, aunque la escasez de recursos específicos limita el número de plazas disponibles (menor al deseable) y dificulta su implementación y funcionamiento idóneo en la mayoría de los centros penitenciarios.

Las consultas en psiquiatría son la segunda especialidad más frecuente (15% del total de consultas especializadas) y tienen lugar mayoritariamente en los propios centros penitenciarios.

Más de un tercio de los ingresos en el módulo de enfermería de los centros penitenciarios son por patología psiquiátrica. Esta proporción varía según las comunidades autónomas, entre 7% (Islas Baleares) y 67% (Región de Murcia).

La patología psiquiátrica, aunque variable según centros penitenciarios y comunidades autónomas, pueden representar más del 20% del total de ingresos hospitalarios (hospital de referencia) desde los centros penitenciarios ordinarios.

El 86% de los centros penitenciarios ordinarios disponen de Unidades de Acceso Restringido (UAR) en su hospital de referencia, suponiendo una ratio media de 0,6 camas en UAR por cada 100 personas internas (año 2020).

Hay sólo dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en Alicante y Sevilla para 14 CCAA hecho que implica dispersión geográfica de las personas internas y dotación insuficiente de especialistas en psiquiatría con rol asistencial y pericial (misma persona) en una organización penitenciaria.

Así, a persona judicializada con TMG es habitualmente diagnosticada en prisión (>50%), atendida por médicos penitenciarios no especializados en psiquiatría. Además, hay ausencia de protocolos de derivación, difícil continuidad asistencial en la comunidad por escasos recursos específicos; reincidencia y reintegro.

Además, se evidencia un aumento del gasto anual en fármacos neurolépticos frente al gasto anual total en fármacos utilizados en el entorno penitenciario (2016-2021), con una población penitenciaria menguante.

Modelo asistencial en Álava, País Vasco: Unidad de Salud Mental en Centro Penitenciario (CP de Zaballa).

Sanidad penitenciaria en País Vasco (competencias transferidas, 2011) se caracteriza por centros de salud en centros penitenciarios, con una progresiva integración y coordinación para la continuidad asistencial sociosanitaria en comunidad:

- *Osakidetza*, único proveedor público de servicios sanitarios, tanto en comunidad como entorno penitenciario.
- Igualdad de condiciones laborales de profesionales comunitarios vs penitenciarios.
- Oportunidades de formación sanitaria en entorno penitenciario.
- Historia clínica compartida.

En progresiva implementación:

- Interrelación y coordinación entre ámbito judicial, forense, sanitaria, social y penitenciario.
- Seguimiento de continuidad asistencial sociosanitaria en comunidad.

La Unidad de Salud Mental en el Centro Penitenciario de Zaballa (Álava) es un modelo de asistencia en salud mental basado en la integración de una unidad de atención especializada en psiquiatría en el centro penitenciario, y en red de salud mental en la comunidad. Brinda asistencia sanitaria especializada en psiquiatría a las personas internas en el centro penitenciario.

Se diseñaron seis líneas prioritarias de trabajo cuyos objetivos son:

- Resolver las necesidades en salud mental más inmediatas de las personas internas (prevención del suicidio [línea 1] y desprescripción [línea 2]).
- Favorecer la integración saludable y coordinación efectiva de los equipos sanitarios y no sanitarios, penitenciarios y comunitarios (líneas 3-5).
- Desarrollar planes de tratamiento y rehabilitación de la salud mental de las personas internas, eficaces, seguros, integrados e individuales salvaguardando la proporcionalidad y la confidencialidad en la transmisión de la información (línea 6).

Su implementación ha implicado la necesidad de revisar, redistribuir y rediseñar recursos de salud mental existentes. Se trata de un modelo de buena práctica y organización asistencial, de referencia y extrapolable a otros centros penitenciarios en España.

Modelo asistencial en Barcelona (Cataluña): integración de recursos sanitarios penitenciarios y comunitarios.

Sanidad Penitenciaria en Cataluña (competencias transferidas, 1983): cada provincia tiene su propio proveedor de servicios y recursos en salud mental penitenciaria. En Barcelona es Sant Joan de Déu Xarxa que gestiona las unidades de hospitalización para toda la población penitenciaria catalana.

Modelo Catalán de asistencia a la salud mental de las personas judicializadas: integración en una sola red pública en la comunidad de todos los recursos socio-sanitarios. Se trata de un modelo de buena práctica asistencial, referencia de integración de los cuidados con énfasis en rehabilitación en la comunidad, en el propio entorno.

Hay 2 unidades de hospitalización penitenciaria en Barcelona, alcance suprasectorial, para diagnóstico, evaluación, tratamiento hospitalario, rehabilitación y tránsito a la comunidad de las personas con necesidades altas en el cuidado de su salud mental.

Si se comparan los recursos hospitalarios existentes en Barcelona frente a los hospitales psiquiátricos

penitenciarios de Sevilla y Alicante, se observa una dotación significativamente mayor de personal sanitario especializado en salud mental en las unidades hospitalarias y modelos específicos de atención implementados en Cataluña (comunidad autónoma con competencias de sanidad penitenciaria transferidas).

El Programa de Soporte a la Primaria y el Programa de Soporte Individualizado son esenciales para garantizar el tránsito efectivo a la comunidad y la continuidad asistencial.

En resumen, hay tres modelos principales de asistencia sanitaria a las personas internas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en España:

- Modelo tradicional con psiquiatra externo, interconsultor (83% de la población penitenciaria; comunidades autónomas sin competencias de sanidad penitenciaria transferidas).
- Modelos más innovadores: Unidad de salud mental en centro penitenciario, en red asistencial de salud mental comunitaria (Álava, País Vasco) y Red sanitaria y social, hospitalaria y comunitaria, supra-sectorial (Barcelona, Cataluña) (17% de la población penitenciaria; comunidades autónomas con competencias de sanidad penitenciaria transferidas).

En Francia, tres niveles de atención psiquiátrica para personas judicializadas, pero con una tasa de ocupación de Unidades de Hospitalización psiquiátrica, baja, con alta satisfacción de las personas internas²⁻⁵.

- Atención ambulatoria dentro de cada cárcel (n=188) (“Unités sanitaires en milieu pénitentiaire”-USMP).
- Atención hospitalaria de día (n = 26/188) (“Services médico-psychologiques régionaux”-SMPR) con enfermeras, psiquiatras y psicólogos.
- Recurso específico, creado en 2010, para personas internas con trastornos de su salud mental: Atención hospitalaria a tiempo completo (n = 9; 440 camas) (“Unités d’hospitalisation spécialement aménagées”-UHSA). Ubicadas en hospitales psiquiátricos generales, con seguridad proporcionada por administración penitenciaria para ingresos voluntarios e involuntarios. Se ha documentado una tasa de desocupación ≈ 40%. Acceden principalmente las personas internas de prisiones cercanas a las UHSA. Hay frecuente hospitalización de personas internas en hospitales psiquiátricos generales (a pesar de las UHSA):
 - 28,5% en UHSA vs 40% en hospitales psiquiátricos generales³.

La satisfacción general de los pacientes ingresados en UHSA es alta:

- La puntuación media (DE) de satisfacción general fue de 7,3 ± 1,9 (sobre 10).

- La puntuación media (DE) de cuidados: $7,6 \pm 2$ (sobre 10).
- La puntuación media (DE) funcionamiento y organización de la UHSA: $7,0 \pm 2$ (sobre 10).
- El 84,8% de los pacientes continuarían con la atención psiquiátrica en prisión y el 77,6% después de su liberación.

En Italia, 30 unidades hospitalarias pequeñas repartidas por todo el país prestan atención a las personas judicializadas con TMG. Se llaman *Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*- REMS (desde 2015), y se caracterizan por⁶⁻⁸:

- 30 unidades de hospitalización psiquiátrica penitenciaria.
- Capacidad total: 571 personas.
- Media de 10-20 camas por unidad.
- Distribución nacional.
- Organización sanitaria- (médico psiquiatra responsable por unidad).
- Equipo multidisciplinar.

Resultados del seguimiento de población interna (n = 730) en 28 REMS durante un año (Junio 2017-Junio 2018) mostraron:

Nivel de adherencia a la rehabilitación:

- Adherencia alta: 57%
- Adherencia moderada: 28%
- Adherencia baja: 15%

Eficacia de la rehabilitación:

- Eficacia alta: 48%
- Eficacia moderada: 36%
- Eficacia baja: 16%

Satisfacción de los pacientes en rehabilitación:

- Pacientes totalmente satisfechos: 53%
- Pacientes parcialmente satisfechos: 33%
- Pacientes poco satisfechos: 14%

Otro estudio basado en una encuesta realizada entre informantes “clave” de 22 estados miembros de la Unión Europea + Suiza muestran que existe un patrón altamente variable de provisión psiquiátrica forense⁹:

- Ausencia/desconocimiento: definición clara de cama psiquiátrica forense, números exactos sobre disponibilidad de camas en hospitales, unidades forenses especializadas, hospitales psiquiátricos generales o unidades médicas en prisiones.
- De 0,9 hasta 23,3 camas psiquiátricas forenses/100,000 habitantes (Italia y Bélgica, respectivamente).
- Son necesarios sistemas de recopilación de datos básicos, sistematizados, nacionales en toda la UE.
- Requisito previo para identificar modelos de mejores prácticas, efectividad y eficiencia.

Existe evidencia que indica que las personas judicializadas con trastorno mental tratadas en servicios

psiquiátricos forenses reinciden menos en comparación con población penitenciaria^{10,11}.

Es pertinente invertir en la optimización de la rehabilitación de las personas internas en los centros penitenciarios para reducir las tasas de delincuencia y de reincidencia. Existe una correlación positiva (= 0,91) que indica que mayor PBI per cápita se asocia a mayor inversión en las personas internas en centros penitenciarios en los países europeos. Y hay una probabilidad alta de que se reduzcan las tasas de reincidencia en la medida que se incrementa la inversión en las personas internas en los centros penitenciarios¹².

CONCLUSIONES

- Este Libro Blanco ha permitido revelar la desigual atención sanitaria a personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en España, e identificar modelos innovadores y replicables.
- La transferencia de competencias en sanidad penitenciaria para integrarla en el sistema nacional de salud es un elemento clave para optimizar la calidad de asistencial que reciben las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental.
- La situación descrita para España parece compartida con otros estados miembros de la UE.
- Los modelos innovadores vigentes en España (País Vasco y Cataluña) tienen la oportunidad de ser referentes, nacionales e internacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calcedo-Barba A, Antón-Basanta J, Paz Ruiz S. Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España. [Internet]. Barcelona ESM y S, editor. 2023. Available from: <https://www.psiquiatrialegal.org/libroblanco2023>
2. Fovet T, Amad A, Horn M, Thomas P, Chan-Chee C. Utilization of Hospital-Level Mental Health Care Services for Inmates in France: A Transversal Study. *Psychiatr Serv.* 2020;71(8):824-8.
3. Fovet T, Chan-Chee C, Baillet M, Horn M, Wathélet M, D'Hondt F, et al. Psychiatric hospitalisations for people who are incarcerated, 2009–2019: An 11-year retrospective longitudinal study in France. *eClinicalMedicine.* 2022;46:1-12.
4. de Labrouhe D, Plancke L, Amad A, Charrel C-L, Touitou D, Bodon-Bruzuel M, et al. [Hos-

- pitalization in French forensic units: Results of a patient satisfaction survey]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2017;65(4):285-94.
5. Eck M, Plancke L, Horn M, Amad A, Thomas P, Fovet T. [Health care delivery and psychiatric hospitalizations in the prisons of the North of France: An observational study]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2020;68(5):273-81.
 6. Catanesi R, Mandarelli G, Ferracuti S, Valerio A, Carabellese F. The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). a one-year population study. *Rass Ital di Criminol*. 2019;13(Special issue):7-23.
 7. Tomlin J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, Barroso R, et al. Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(1):109-17.
 8. Scarpa F. The Italian reform of treatment of people not guilty by reason of insanity: the closure of forensic institutions. *Forensic Sci Int mind law [Internet]*. 2020;1:e100016–e100016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fsimpl.2020.100016>
 9. Salize HJ, Dressing H, Fangerau H, Gosek P, Heitzman J, Markiewicz I, et al. Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union. *Front Public Heal*. 2023;11.
 10. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions Europe PMC Funders Group. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871-81.
 11. Franke I, Rothe P, Dudeck M, Bezzel A, Klein V, Ormanns N, et al. Comparison of outcome in men and women after treatment in psychiatric security hospitals in Germany. *Behav Sci Law*. 2020;38(5):456-70.
 12. Kruze E, Priede J. Cost-effectiveness of prison system development-comparison of the European countries. *Eur Integr Stud*. 2020;1(14):69-79.

Viernes 24 mayo 2024

MESA. ADICCIONES

Chemsex: un enfoque desde la psiquiatría

Sebastián Vargas Cáceres

Psiquiatra. Projecte d'Atenció al Chemsex. BCN Checkpoint. Barcelona.
Centre de Salut Mental d'Adults. Benito Menni CASM. L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona.

RESUMEN

El término “chemsex” es una combinación de los vocablos de origen inglés, “chems” y “sex”, con el objetivo de referirse al uso de drogas en el contexto sexual, y asociada a la cultura del sexo LGBTQ+. El fenómeno ha sido creciente en los últimos años a nivel global, y en el ámbito local, se ha convertido en un problema de salud pública desde 2017, tanto en Madrid como Barcelona. Si bien el consumo de drogas y sexo es conocido desde hace tiempo, los patrones de consumo y las sustancias específicas, como también la forma, los sitios, y el tiempo involucrado, determinan un mayor riesgo asociado a esta práctica. Las sustancias características son el GHB/GBL, mefedrona y metanfetamina, pero es habitual el uso también de la cocaína, ketamina, MDMA, nitritos de amilo/alkilo y potenciadores de la erección. Los tipos de consumo pueden variar según la región y tiempo. Existen evidencias de complicaciones a nivel de salud mental y física del consumo de estas drogas recreativas, como el riesgo de abuso/dependencia, psicosis, compromiso del nivel de conciencia o problemas cardiovasculares, y mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El siguiente artículo intentará dar una visión global de la problemática del chemsex, con especial énfasis en las sustancias específicas, su abordaje diagnóstico y terapéutico, y sugerencias en la estrategia de disminución de riesgos y reducción de daños.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno conocido como “chemsex” se define como el uso de drogas específicas antes o durante el sexo planificado, para facilitar, iniciar, prolongar, sostener e intensificar los encuentros¹, que se constituye como un subtipo del concepto de uso de drogas sexualizado, referido más ampliamente al uso de cualquier droga ilícita justo antes o durante el sexo². El trabajador social de origen británico, David Stuart, que acuñó el término en 2001, define el chemsex como un patrón conductual específico asociados a drogas recreativas específicas y que es particular de una población específica de alto riesgo³. Según el *3rd European ChemSex Forum* (2019), esta población incluiría a hombres gays y bisexuales, otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), e individuos trans y no binarios⁴.

Las particularidades de esta práctica están relacionadas con la intencionalidad, las sustancias específicas, los modos de uso, el patrón de consumo y el factor tiempo. Es habitual que tenga lugar en casas particulares, pero también en otros lugares dirigidos al público gay, como clubes de sexo, saunas, fiestas de sexo en locales privados u hoteles y zonas de cruising (encuentros sexuales al aire libre). Las sesiones pueden ser de uno a uno (con una pareja ocasional o estable), en trío, sexo en grupo, o en solitario visionando material pornográfico o bien vía online con otros participantes, utilizando por ejemplo cámaras web, o practicando sexo online a través de videollamadas. El factor tiempo para una sesión es relevante, estando la mayoría en un promedio que oscila entre 6 y 24 horas. Las sustancias específicas en el chemsex son la metanfetamina, la mefedrona y el GHB/GBL.

Estas drogas se han conocido como “chems”, aunque también suelen estar involucradas otras sustancias, como el MDMA, ketamina, cocaína, potenciadores de la erección (sildenafil, taladafilo, etc.) y nitritos de amilo/alkilo (poppers). En España, las drogas más comunes fueron los nitritos de amilo/alkilo (85,7%), GHB/GBL (72,9%), sildenafil (72,9%), mefedrona (66,4%) y metanfetamina (47,9%). En un estudio en Barcelona en 2022, casi el 50% realizaba un policonsumo⁵⁻⁷.

La situación a nivel europeo, según los datos de una encuesta online dirigida a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) publicada en 2017, informa que la mayor frecuencia se sitúa en los Países Bajos y Bélgica (15,4% y 11% respectivamente), seguidos de Irlanda, Reino Unido, Francia y España (5,9%, 6,2%, 7,8% y 7,6% respectivamente)⁸. En España, como en otros países de la región, las prevalencias varían ampliamente entre diferentes regiones/ciudades. Las islas Baleares (12,4%), Cataluña (10,6%) y Madrid (8,8%) fueron las principales Comunidades Autónomas, mientras que Barcelona (13,7%) y Madrid (9,7%) fueron las principales ciudades⁹. El consumo se ha incrementado en los últimos años, y en un estudio observacional en Barcelona (2018-2022), se indica un incremento de las admisiones en urgencias por intoxicaciones relacionadas al chemsex¹⁰.

Si bien las motivaciones directas son la desinhibición e intensificación de la libido y placer sexual, también pueden existir otras más implícitas como la soledad, la falta de conexiones significativas, la baja autoestima, y como un método de afrontamiento frente a situaciones de estrés vitales (como un diagnóstico reciente de VIH). La llegada de las aplicaciones de geolocalización (por ejemplo, Grindr) y el contexto de normalización del consumo de drogas

sobre una actitud social negativa hacia las relaciones homosexuales, han posibilitado el incremento de estas prácticas^{11,12}.

SUSTANCIAS PRINCIPALES

La metanfetamina (tina, shabu-o cristal meth) es un miembro de los estimulantes tipo anfetamina (ATS). Dada su alta potencia, efecto prolongado y efectos en el circuito de recompensa dopaminérgico, tiene un alto poder adictivo. Esta sustancia invierte la función endógena de los transportadores de membrana, como el transportador de dopamina (DAT), el transportador de noradrenalina (NET) y el transportador de serotonina (SERT), lo que resulta en una estimulación postsináptica, tras la liberación de estas monoaminas hacia el espacio sináptico¹³. A dosis bajas y moderadas (5-30 mg) la respuesta clínica incluye mayor alerta, euforia, ánimo positivo, aumento de la libido, taquicardia, hipertensión, dilatación pupilar, desinhibición conductual, ansiedad y mejoría del rendimiento cognitivo a corto plazo. A dosis elevadas (>50-100 mg) puede precipitar psicosis¹⁴⁻¹⁶. La ruta de administración más común es fumada, pero otras opciones son intranasal, oral, sublingual, intrarrectal (conocida como “booty bump”) e intravenosa (conocida como “slam”).

La mefedrona (mefe, miao miao) es una catinona sintética, derivada de un alcaloide natural encontrado en la planta “khat” (*Catha Edulis*). Las catinonas sintéticas se clasifican como estimulantes o como estimulantes tipo anfetamina, y en su mayoría se consideran como Nuevas Sustancias Psicoactivas (NPS). La mefedrona actúa en las vías dopaminérgicas, noradrenérgicas y serotoninérgicas. Las vías de adminis-

Tabla 1. Parámetros farmacocinéticos principales.

	Metanfetamina	Mefedrona	GHB/GBL
Tiempo efecto inicial	O: 15-30 min IN, IP, IV: <5-10 min	O: 30 min IV: 5 min	15-30 min
Duración efecto	O: 6-12 horas IP: hasta 8-12 horas IN, IV: hasta 6 horas	O: 2-5 horas IV: 60 min	1-3 horas
T1/2	9-12 horas	2,15 hora*	30-50 min
Tmax	O: 3-6 horas IP: 2,5 hora† IN: 4 horas IV: 6 min	O: 1,25 horas*	20-40 min
Cytochrome P450	CYP2D6	CYP2D6	CYP2D6

Nota. O: oral; IP: intrapulmonar; IV: intravenoso; IN: intranasal.

*Administración de una dosis oral de 200 mg. †Retraso debido a una absorción más lenta de la sustancia, retenida en el tracto superior.

tración habituales son la oral, intranasal e intravenosa. Si bien los hallazgos clínicos en humanos y preclínicos son limitados, los reportes de consumo a largo plazo han indicado su potencial adictivo^{17,18}.

El GHB (chorri, G, pote) es un depresor del SNC que tiene un doble efecto sedativo y estimulante, dependiente de la dosis utilizada. A dosis bajas (<10 mg/Kg) tiene un efecto euforizante con aumento de la libido, mientras que a dosis ligeramente mayores (>20 mg/Kg) es sedativo, teniendo un estrecho margen de seguridad (leve variación en los niveles plasmáticos puede provocar un coma). El GHB, que tiene una estructura similar al GABA (ácido γ -aminobutírico), es un ácido graso de cadena corta presente naturalmente en el cerebro humano (forma endógena). Actúa sobre los receptores GHB y GABA-A, y su forma exógena (cuando se ingiere) lo hace también sobre el receptor GABA-B, principal responsable de su potencial adictivo¹⁹. Sus precursores, GBL (γ -Butirolactona) y el 1,4- BD (1,4 –Butanediol), usados en chemsex, son rápidamente metabolizados a GHB²⁰. Si bien el GHB tiene un uso médico (oxibato sódico), estos precursores son exclusivamente utilizadas por la industria química como solventes, y en la producción de herbicidas y fertilizantes²¹.

En la Tabla 1, se describen algunos de los principales parámetros farmacocinéticos de estas sustancias.

COMPLICACIONES CLÍNICAS

Los usuarios de chemsex podrían presentar un deterioro de su bienestar general, asociado a un deterioro de su salud física y/o mental (Tabla 2).

Un estudio de 2018 destacó que el 25% de la muestra de HSH reportó que el chemsex tenía un efecto negativo en sus vidas²². El uso regular de estas sustancias (principalmente metanfetamina) tiene un impacto directo en el funcionamiento global de la persona, con consecuencias negativas en la esfera social y laboral en situaciones más graves (perdiendo amistades, parejas, familiares y sus trabajos)²³.

El impacto negativo en la salud mental incluye una alta prevalencia de depresión, ansiedad, pensamientos/intentos de suicidio, psicosis y comportamiento agitado/violento²⁴. Será relevante distinguir entre aquellos síntomas primarios y secundarios, estableciendo una relación temporal entre el inicio de los síntomas y el uso de sustancias, así como permitir un tiempo de abstinencia lo suficientemente amplio para evitar esta confusión²⁵.

La psicosis, uno de los efectos psiquiátricos negativos bien conocidos inducidos en los usuarios de metanfetamina, se informa en aproximadamente el 23% de las personas que usan regularmente la droga²⁶. El uso inyectado (slamsex), el consumo de múltiples drogas y la metanfetamina fumada representan hasta un riesgo 3 veces mayor de esta condición²⁷.

Con respecto a los efectos neurocognitivos, existe evidencia que la metanfetamina tiene un efecto causal²⁸, mientras que para la mefedrona existen pruebas razonadas que podrían favorecerla²⁹. En el caso del GHB, el uso regular de altas dosis y/o presencia de múltiples comas son probablemente neurotóxicos generando un deterioro cognitivo residual a largo plazo³⁰.

Además de las complicaciones propias de cada sustancia, están aquellas relacionadas con las conductas sexuales de riesgo y el uso inyectable (slamsex),

Tabla 2. Complicaciones clínicas.

	Médicos	Psiquiátricos y neurológicos
Metanfetamina	Hipertensión, taquicardia, arritmias, cardiomiopatía asociada a metanfetamina, síndrome coronario agudo/cardiopatía coronaria, edema pulmonar/hipertensión arterial pulmonar, accidente cerebrovascular, síndrome serotoninérgico. Si es slam: Endocarditis.	Abuso/dependencia. Depresión, ansiedad, psicosis, confusión, insomnio, pensamientos/intentos suicidas. Efectos neuropsicológicos (alteración de las funciones ejecutivas, memoria episódica, funciones psicomotoras y velocidad de procesamiento de información compleja).
	Enfermedad dental y periodontal (“meth mouth”).	Enfermedad de Parkinson.
Mefedrona	Hipertensión, taquicardia, arritmias, síndrome coronario agudo, síndrome serotoninérgico. Si es slam: Endocarditis.	Abuso/dependencia. Depresión, ansiedad, psicosis, confusión, insomnio, pensamientos/intentos suicidas. Efecto neurocognitivo deletéreo.
GHB	Somnolencia hasta coma. Amnesia. Alucinaciones.	Abuso/dependencia. Efecto neurocognitivo deletéreo.

con un incremento del riesgo de infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH) y las hepatitis B y C²⁴. Algunos estudios han identificado que las sustancias pueden afectar la toma de decisiones durante el sexo, participando en prácticas sexuales de alto riesgo²³. El uso de metanfetamina se asoció a mantener sexo anal sin uso de preservativo, múltiples parejas sexuales y mantener relaciones sexuales con parejas serodiscordantes²⁴. Las prácticas de chemsex junto al uso de aplicaciones de geolocalización (u otras páginas web de contactos) han incrementado a nivel mundial el número de casos de ITS en HSH (como gonorrea, clamidia, tricomoniasis o sífilis)³¹.

PROCESO DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Durante la valoración inicial es importante acordar con el paciente, el objetivo del tratamiento (abstinencia vs control del consumo). Se debe explorar los patrones de consumo y las sustancias utilizadas (tipos, cantidad, frecuencia, vía de administración, con especial atención al slam, presencia de policonsumo), la presencia de una adicción (a una o varias sustancias, o comportamental como conducta sexual compulsiva, CSC) y su severidad, comorbilidad médica y psiquiátrica, historia psicosexual (valorar si sexo sobrio) y factores psicosociales. Las clasificaciones diagnósticas en salud mental más ampliamente usadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (en sus siglas en inglés, DSM-5)^{32,33}. La inclusión de criterio “deseo de consumo” (o craving) en el DSM-5 fue un importante esfuerzo en incrementar la consistencia entre este manual y el CIE-11, dada la importancia de este síntoma para entender la patogénesis de la adicción, y especialmente en el caso de la metanfetamina^{34,35}.

PROCESO TERAPÉUTICO

Si bien, las intervenciones psicosociales parecen especialmente efectivas en el abuso/dependencia de estas sustancias, y son la base del abordaje terapéutico, siendo la intervención farmacológica una indicación solo en situaciones complejas en donde ha fallado el abordaje psicosocial, en el ámbito del chemsex, no hay evidencia suficiente para recomendar intervenciones específicas³⁶. En el caso particular de usuarios con abuso/dependencia a metanfetamina (ADM), una revisión sistemática enfocada a valorar intervenciones cognitivo-conductuales concluyó buenos resultados

clínicos alcanzados con la terapia cognitivo conductual (con o sin entrevista motivacional), y terapias de manejo de contingencias, que involucra el uso de refuerzos³⁷. Si bien, cada intervención por separado no ha demostrado superioridad sobre otra³⁸, el uso integrado de múltiples intervenciones psicológicas combinadas demuestra presentar un efecto mayor en el tratamiento³⁹.

Es de vital importancia en chemsex, los grupos de ocio terapéutico, intervenciones sexológicas (como abordaje de la CSC), atención social y ocupacional, y el abordaje/prevenición de las ITS. En caso de que el paciente sea VIH negativo, y presente criterios de alto riesgo de contraer la infección, proponer la profilaxis preexposicional (PreP)⁴⁰.

Con respecto al abordaje farmacológico, las sustancias que han merecido mayor interés con su extensión entre la población, poder adictivo y consecuencias negativas, son la metanfetamina y el GHB. En la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico aprobado por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) ni la European Medicines Agency (EMA), pero se siguen ensayando numerosas clases de medicamentos. Entre los principales tratamientos estudiados para el ADM, además de antidepresivos, topiramato y naltrexona (uno de ellos una combinación de naltrexona de liberación prolongada inyectable con bupropion)⁴¹, se han probado psicoestimulantes (como el metilfenidato de liberación prolongada y la lisdexanfetamina), pero plantean precauciones por su potencial adictivo, su uso en pacientes con síntomas psicóticos o que presenten problemas cardiovasculares²⁵.

En relación con el GHB, la mayoría de los estudios se centran en el control de la abstinencia. El abordaje se basa principalmente en benzodiazepinas de 1-7 días (como el diazepam o lorazepam), y en casos más graves se puede asociar fenobarbital u oxibato sódico^{42,43}. A diferencia del manejo de la desintoxicación de la metanfetamina, que presenta un bajo riesgo de complicación en contexto ambulatorio, la desintoxicación por GHB necesitaría un abordaje intrahospitalario, no obstante el grupo de Kamal, et al. plantean un abordaje extrahospitalario en caso de abuso de GHB <32 g/d, con una frecuencia >2 horas, no antecedentes de abstinencia grave, condición psiquiátrica ausente/leve, soporte social, un dispositivo sanitario accesible con una monitorización frecuente, y posibilidad de un ingreso hospitalario si la evolución es tórpida⁴⁴. En la prevención de recaídas se ha propuesto el uso de baclofeno, relacionado especialmente para el control del craving, pero se necesitan más estudios para que esta indicación pueda ser recomendada⁴⁵.

En la actualidad existe escasa evidencia acerca de los medicamentos con eficacia sobre trastornos psiquiátricos comórbidos al uso de estas sustancias, pero la más estudiada son aquellos relacionados al ADM²⁵ (Tabla 3).

ESTRATEGIA DE DISMINUCIÓN DE RIESGOS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

Un grupo de usuarios de chemsex podría no buscar una abstinencia, y en su lugar desean mantener un consumo sostenido pero controlado, focalizándose en la reducción de las consecuencias adversas derivadas, tanto en la salud física y mental, como en la social y económica. En estos casos, es de vital importancia que dispongan de información objetiva sobre las sustancias. Es necesario que el clínico, encuentre un balance entre ofrecer educación sanitaria y trabajar con los objetivos del usuario, haciéndolo juntamente con un plan de minimización de riesgos y daños, y una monitorización continua. En este sentido se recomienda la lectura del artículo del documento técnico del Ministerio de Sanidad que aborda esta temática⁴⁶.

En 2016, el *Programa Energy Control* del grupo ABD (Asociación Bienestar y Desarrollo) crea un recurso específico preventivo basado en los principios de disminución de riesgos. De esta manera nace el proyecto CHEM-SAFE, una intervención en formato online, que ha demostrado ser una herramienta eficaz, accesible y confidencial en este tipo de usuarios. Finalmente hay que mencionar que, en la perspectiva de la disminución de riesgos, se podría recurrir a la prescripción de psicoestimulantes, con beneficios clínicos como la reducción (o cese) del consumo de estimulantes ilícitos, control de los síntomas de abstinencia, la reducción de sobredosis y la exposición potencial a infecciones y enfermedades transmisibles, y beneficios psicosociales⁴⁷.

CONCLUSIONES

El fenómeno “chemsex” ha tenido un aumento progresivo en los últimos años, especialmente en las grandes ciudades, no obstante, cabe decir que sigue siendo una práctica minoritaria dentro del colectivo LGBTQ+. Quienes lo practican están expuestos a

Tabla 3. Intervención farmacológica de la comorbilidad psiquiátrica en abuso/dependencia por metanfetamina.

Síntomas	Consideraciones farmacológicas
Depresión	<p>En la actualidad, no hay evidencia de la eficacia de los antidepresivos en la mejoría de los síntomas depresivos en ADM (incluido bupropion). Contraindicado uso de sertralina en ADM, con aumento de craving. Evidencia limitada para el metilfenidato liberación prolongada (18-54 mg/día) en reducir síntomas depresivos en ADM. Si uso de ISRS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar un riesgo teórico mayor de síndrome serotoninérgico si usados concomitantemente con estimulantes anfetamínicos. • Comentar con usuario disminución de la libido (puede ayudar en casos de conducta sexual compulsiva). • Si paciente vive con VIH, considerar escitalopram o citalopram, por menor interacciones farmacológicas.
Ansiedad	<p>En la actualidad, no hay recomendaciones basadas en evidencia para alguna medicación específica. Evitar uso de benzodiazepinas en el medio y largo plazo por riesgo de abuso/dependencia. Preferir uso de pregabalina o gabapentina, como alternativa a las benzodiazepinas.</p>
Manía	<p>Reducir síntomas maníacos y depresivos en pacientes con trastorno bipolar: quetiapina, risperidona.</p>
Psicosis	<p>Fármacos estudiados en ADM: haloperidol, quetiapina, olanzapina, risperidona, aripiprazol, clozapina. Evidencia limitada de usar un antipsicótico sobre otro. Los antipsicóticos de segunda generación son preferidos (usar con precaución los antipsicóticos de primera generación). Tratamiento debe ser revisado a los 6 meses dado que el bloqueo dopaminérgico puede aumentar el craving y el riesgo de recaídas (1). Risperidona más efectiva en reducir el craving que aripiprazol. Recomendable uso de antipsicóticos de segunda generación depot (como Risperdal Consta).</p>
Insomnia	<p>En la actualidad, no hay recomendaciones basadas en evidencia para alguna medicación específica. Valorar uso de trazodona o mirtazapina.</p>
Déficits neurocognitivos	<p>No existe medicamentos recomendados.</p>

múltiples riesgos sobre la salud física y mental, tanto a corto como largo plazo, por lo que el enfoque clínico de estos usuarios implica una coordinación desde la medicina (infectología, psiquiatría de adicciones), psicología y sexología. En este sentido, son importante las iniciativas coordinadas para el diseño de nuevas estrategias de prevención, y disminución de riesgos y reducción de daños, que provengan desde diferentes agentes sociales y políticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. (2015). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sexually transmitted infections*; 91(8):564–568. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052052>
- Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, Hope V, Mohammed H, White M, et al. (2018). Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *The International journal on drug policy*; 55:131–148. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.002>
- Stuart D. (2016). A chemsex crucible: the context and the controversy. *The journal of family planning and reproductive health care*; 42(4):295–296. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2016-101603>
- International HIV Partnerships. (2020). European Chemsex Forum report. 3rd European Chemsex Forum, 14-26 November 2019, Paris. International Drug Policy Consortium. <https://idpc.net/publications/2020/04/european-chemsex-forum-report>
- Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International journal on drug policy*; 63:74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
- Consumo recreativo de Drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tiene sexo con hombres (GBHSH) de España (Estudio HOMOSALUD, 2021). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/estudios.htm>
- De La Mora L, Ugarte A, Martínez-Rebollar M, De Lazzari E, García-Hernández D, Font G, et al. (2022). Chemsex Practices in PrEP: Beyond Addiction and Risk Toward a Healthy Sex Life-Baseline Experiences from a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain. *AIDS and behavior*; 26(12):4055–4062. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03730-5>
- The EMIS Network. EMIS-2017–The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/emis-2017-european-men-who-have-sex-men-internet-survey>
- Encuesta europea on-line para hombres que tienen sexo con hombres (EMIS-2017): resultados en España. Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/EMIS_Report_07052020.pdf
- Vallecillo G, Losada A, Inciarte A, Jiwei C, Monterde A, Salgado E, et al. (2022). Increasing emergency department admissions for chemsex-related intoxications in Barcelona, Spain, among people living with HIV: an observational study from 2018 to 2020. *BMC public health*; 22(1):346. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12763-3>
- Stuart D. (2019), "Chemsex: origins of the word, a history of the phenomenon and a respect to the culture", *Drugs and Alcohol Today*; 19(1):3-10. <https://doi.org/10.1108/DAT-10-2018-0058>
- Fernández Dávila P, Folch C, Galán V, Ibar M, Roca i Tutusaus X, Teira N, et al. (2017). Chemsex: motivos para consumir drogas y tener sexo en hombres gais y bisexuales de la ciudad de Barcelona. Conference: XLIV Jornadas Nacional SOCIO-DROGALCOHOL.
- Cruickshank CC, Dyer KR. (2009). A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction (Abingdon, England)*; 104(7):1085–1099. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02564.x>
- Courtney KE, Ray LA. (2014). Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and alcohol dependence*; 143:11–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.003>
- Hermens DF, Lubman DI, Ward PB, Naismith SL, Hickie IB. (2009). Amphetamine psychosis: a model for studying the onset and course of psychosis. *The Medical journal of Australia*; 190(S4):S22–S25. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02370.x>
- Ujike H, Sato M. (2004). Clinical features of sensitization to methamphetamine observed in patients with methamphetamine dependence and psychosis. *Annals of the New York Academy of*

- Sciences; 1025:279–287. <https://doi.org/10.1196/annals.1316.035>
17. López-Arnau R, Camarasa J, Carbó ML, Nadal-Gratacós N, Puigseslloses P, Espinosa-Velasco M, et al. (2022). 3,4-Methylenedioxy methamphetamine, synthetic cathinones and psychedelics: From recreational to novel psychotherapeutic drugs. *Frontiers in psychiatry*; 13:990405. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.990405>
 18. Papaseit E, Moltó J, Muga R, Torrens M, de la Torre R, Farré M. (2017). Clinical Pharmacology of the Synthetic Cathinone Mephedrone. *Current topics in behavioral neurosciences*; 32:313–331. https://doi.org/10.1007/7854_2016_61
 19. Busardò FP, Jones AW. (2015). GHB pharmacology and toxicology: acute intoxication, concentrations in blood and urine in forensic cases and treatment of the withdrawal syndrome. *Current neuropharmacology*; 13(1):47–70. <https://doi.org/10.2174/1570159X13666141210215423>
 20. Kamal RM, van Noorden MS, Franzek E, Dijkstra BA, Loonen AJ, De Jong CA. (2016). The Neurobiological Mechanisms of Gamma-Hydroxybutyrate Dependence and Withdrawal and Their Clinical Relevance: A Review. *Neuropsychobiology*; 73(2):65–80. <https://doi.org/10.1159/000443173>
 21. Dufayet L, Bargel S, Bonnet A, Boukerma AK, Chevallier C, Evrard M, et al. (2023). Gamma-hydroxybutyrate (GHB), 1,4-butanediol (1,4BD), and gamma-butyrolactone (GBL) intoxication: A state-of-the-art review. *Regulatory toxicology and pharmacology: RTP*; 142:105435. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2023.105435>
 22. Glynn RW, Byrne N, O’Dea S, Shanley A, Codd M, Keenan E, et al. (2018). Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *The International journal on drug policy*; 52:9–15. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.10.008>
 23. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International journal on drug policy*; 63:74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
 24. Donnadiou-Rigole H, Peyrière H, Benyamina A, Karila L. (2020). Complications Related to Sexualized Drug Use: What Can We Learn From Literature? *Frontiers in neuroscience*; 14:548704. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.548704>
 25. Härtel-Petri R, Krampe-Scheidler A, Braunwarth WD, Havemann-Reinecke U, Jeschke P, Looser W, et al. (2017). Evidence-Based Guidelines for the Pharmacologic Management of Methamphetamine Dependence, Relapse Prevention, Chronic Methamphetamine-Related, and Comorbid Psychiatric Disorders in Post-Acute Settings. *Pharmacopsychiatry*; 50(3):96–104. <https://doi.org/10.1055/s-0043-105500>
 26. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. (2006). The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction (Abingdon, England)*; 101(10):1473–1478. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01496.x>
 27. Moreno-Gámez L, Hernández-Huerta D, Lahera G. (2022). Chemsex and Psychosis: A Systematic Review. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*; 12(12):516. <https://doi.org/10.3390/bs12120516>
 28. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, et al. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychology review*; 17(3):275–297. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9031-0>
 29. Pantano F, Tittarelli R, Mannocchi G, Pacifici R, di Luca A, Busardò FP, et al. (2017). Neurotoxicity Induced by Mephedrone: An up-to-date Review. *Current neuropharmacology*; 15(5):738–749. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666161130130718>
 30. Amsterdam JV, Brunt TM, Pereira FR, Crunelle CL, Brink WVD. (2022). Cognitive Impairment Following Clinical or Recreational Use of Gammahydroxybutyric Acid (GHB): A Systematic Review. *Current neuropharmacology*; 20(4):809–819. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610094352>
 31. Soriano V, Romero JD. (2018). Rebound in Sexually Transmitted Infections Following the Success of Antiretrovirals for HIV/AIDS. *AIDS reviews*; 20(4):187–204. <https://doi.org/10.24875/AIDS-Rev.18000034>
 32. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. 2013; Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
 33. World Health Organization, *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. 2018; World Health Organization: Geneva.
 34. Robinson TE, Berridge KC. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain research. Brain research reviews*; 18(3):247–291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-p](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-p)
 35. Robinson TE, Berridge KC. (2001). Incentive-sensitization and addiction. *Addiction (Abing-*

- don, England); 96(1):103–114. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9611038.x>
36. Abdulrahim D, Bowden-Jones O, on behalf of the NEPTUNE Expert Group. Guidance on the Management of Acute and Chronic Harms of Club Drugs and Novel Psychoactive Substances. Novel Psychoactive Treatment UK Network (NEPTUNE). London, 2015.
 37. Lee NK, Rawson RA. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and alcohol review*; 27(3):309–317. <https://doi.org/10.1080/09595230801919494>
 38. Minozzi S, Saulle R, De Crescenzo F, Amato L. (2016). Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. The Cochrane database of systematic reviews; 9(9):CD011866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011866.pub2>
 39. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction (Abingdon, England)*; 99(6):708–717. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00707.x>
 40. Curto J, Dolengevich H, Soriano R, Belza MJ. Documento técnico: abordaje de la salud mental del usuario con prácticas de chemsex. Madrid: MSD; 2020.
 41. Trivedi MH, Walker R, Ling W, De la Cruz A, Sharma G, Carmody T, et al. (2021). Bupropion and Naltrexone in Methamphetamine Use Disorder. *The New England journal of medicine*; 384(2):140–153. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2020214>
 42. Kamal RM, van Noorden MS, Wannet W, Beurmanjer H, Dijkstra BA, Schellekens A. (2017). Pharmacological Treatment in γ -Hydroxybutyrate (GHB) and γ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. *CNS drugs*; 31(1):51–64. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0402-z>
 43. McDonough M, Kennedy N, Glasper A, Bearn J. (2004). Clinical features and management of gamma-hydroxybutyrate (GHB) withdrawal: a review. *Drug and alcohol dependence*; 75(1):3–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.01.012>
 44. Kamal RM, van Iwaarden S, Dijkstra BA, de Jong CA. (2014). Decision rules for GHB (γ -hydroxybutyric acid) detoxification: a vignette study. *Drug and alcohol dependence*; 135:146–151. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.003>
 45. Kamal RM, Loonen AJ, Dijkstra BA, De Jong CA. (2015). Baclofen as relapse prevention in the treatment of gamma-hydroxybutyrate dependence: a case series. *Journal of clinical psychopharmacology*; 35(3):313–318. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000315>
 46. Documento técnico. Abordaje del fenómeno del chemsex. Reducción de riesgos en chemsex. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad. Junio de 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/home.htm>
 47. La Reducción de Daños en la Intervención con Drogas. Concepto y Buenas prácticas. Disponible en: <https://www.cuentocontigocuentaconmigoriad.org/materiales-rd/>

Viernes 24 mayo 2024

MESA. FARMACIA

Farmacia sostenible: el impacto ambiental de los medicamentos

Vladimir Akhrimenko¹, Maite Nogales-García²,
Eva María Fernández-López-de-Vicuña², Gorka Orive Arrayo³,
Unax Lertxundi Etxebarria⁴

¹Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz.

²Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. Organización Sanitaria Integrada ARABA. Servicio de Farmacia. Vitoria-Gasteiz.

³Grupo NANOBIOCEL. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz.

⁴Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. Red de Salud Mental de Araba. Servicio de Farmacia. Vitoria-Gasteiz.

RESUMEN

El uso de medicamentos ha ido escalando de forma importante desde los años 50, en parte por el incremento de la población global y la demanda de producción de ganado. El aumento de la población mayor de 65 años (tanto en la sociedad actual como en el ámbito penitenciario), y la morbilidad asociada, hace que el uso de medicamentos (polifarmacia) siga aumentando. A lo largo de todo el ciclo de vida del medicamento se producen una gran cantidad de residuos, además la emisión de gases con efecto invernadero. Sin embargo, no hay que olvidar que los propios principios activos pueden ejercer efectos deletéreos en el medioambiente, y es por ello por lo que se les considera contaminantes de interés emergente. Para afrontar el problema de la contaminación ambiental por fármacos será necesario establecer una serie de medidas complementarias tanto en origen (*at source*) como al final de la tubería (*end of pipe*).

Palabras clave: farmacontaminación; prisiones; medioambiente.

EL PROBLEMA

A finales del siglo pasado, se evidenció que además de los contaminantes de prioridad establecidos (pesticidas, productos industriales), el medio acuático también contenía principios activos farmacéuticos¹. La preocupación de los efectos perjudiciales de los

fármacos en el medioambiente ha ido en aumento con el paso de los años, y hoy en día se les considera “contaminantes de interés emergente”². Actualmente se estima que se consumen alrededor de 100 mil toneladas de medicamentos de uso humano a nivel mundial³.

Existen unos 4000 principios activos disponibles, de los que prácticamente ya se ha detectado un

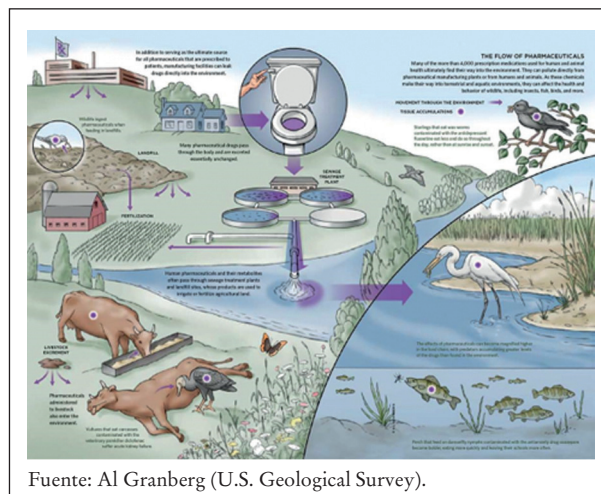
millar en las diferentes matrices medioambientales⁴. A esto hay que añadirle el volumen de medicamentos de uso animal, al que contribuyen principalmente los antibióticos para el ganado, aunque últimamente, especialmente en nuestro entorno, se va prestando mayor atención a los medicamentos para mascotas⁵. El consumo de antibióticos en el ámbito veterinario en Estados Unidos asciende a 11 mil toneladas anuales⁶.

En lo que respecta al ámbito penitenciario, el gasto farmacéutico ha aumentado de forma importante en las últimas décadas⁷, representando en algunas prisiones de Estados Unidos hasta el 30% del gasto total⁸.

Se ha evidenciado la presencia de fármacos en las distintas matrices ambientales, preferentemente las acuáticas. En un estudio se analizaron los ríos de más de 100 países del mundo y se ha confirmado que la farmacontaminación es un problema global⁹. Entre los fármacos que más se suelen detectar están metformina y carbamazepina. El 40% de las zonas muestreadas en el estudio presentaban concentraciones preocupantes¹⁰.

VÍAS DE ENTRADA AL MEDIO AMBIENTE

Los fármacos, tras ser ingeridos, acceden al ciclo LADME (Liberación-Absorción-Distribución-Metabolismo-Excreción). En función de la molécula, el principio activo puede ser eliminado parcial o totalmente sin ser metabolizado. Se estima que el 30-90% de los fármacos ingeridos no son metabolizados y se excretan directamente, terminando en las aguas residuales. La combinación de una baja eficacia a la hora de depurar microcontaminantes, incluidos los fármacos, de las estaciones de depuración de aguas residuales (EDAR) y que el 42% de las aguas residuales domiciliarias a nivel mundial no son depuradas de ninguna manera, provoca que un porcentaje relevante de los principios activos acaben en las aguas superficiales (ríos, estuarios, océanos)¹¹. Por otra parte, tanto los lodos que se producen en las EDAR, como el agua residual ya tratada, son a menudo utilizados como abono en campos agrícolas, haciendo que los fármacos puedan llegar a las masas acuáticas por medio de las escorrentías, y también a las hortalizas¹². Todas estas secuencias del ciclo de vida del medicamento post-LADME no solo se aplican a los medicamentos de uso humano, sino también a los medicamentos veterinarios y productos de cuidado personal como los filtros solares (Figura 1)¹³.



Fuente: Al Granberg (U.S. Geological Survey).

Figura 1. Vías de entrada de los medicamentos en el medio ambiente.

En algunos entornos, existe un problema a la hora de tratar las aguas residuales en el medio penitenciario, ya que las prisiones suelen ser lugares alejados de la comunidad y de las EDAR en lo que implica la depuración de aguas negras¹⁴. En Estados Unidos se ha creado el “*Prison Ecology Project*” para la detección y actuación ante la degradación medioambiental relacionada con los centros penitenciarios¹⁵. En España, últimamente se han llevado a cabo planes de construcción de nuevas EDAR y la reforma de antiguas instalaciones de depuración acopladas a prisiones¹⁶.

El paso de la matriz inorgánica a la orgánica ocurre gracias a la bioacumulación: las plantas acuáticas y los estadios larvarios de invertebrados que acumulan en sus tejidos los fármacos disueltos en el agua de los ríos o adsorbidos en la materia inorgánica de los suelos¹⁷. Por medio de la cadena trófica, los fármacos llegan a ser detectables incluso en grandes mamíferos marinos como delfines¹⁸ y osos polares¹⁹.

ASPECTOS REGULATORIOS

Actualmente en Europa, a la hora de autorizar la comercialización de un medicamento, se lleva a cabo un balance de su eficacia y seguridad. Desde el año 2005, es obligatorio tanto para los medicamentos de uso humano como para los medicamentos de uso veterinario presentar un informe de impacto ambiental (*Environmental Risk Assessment*, ERA)²⁰. No obstante, al contrario de lo que ocurre con medicamentos veterinarios, en el caso de los medicamentos de uso humano el resultado del ERA no

contribuye a la decisión final de la comercialización del medicamento.

El peligro de un determinado contaminante se evalúa según los parámetros de persistencia, bioacumulación y toxicidad, conocidos por el acrónimo de PBT. Además de lo peligroso que pueda ser un fármaco, el riesgo para el medioambiente también va a depender del grado de exposición (i.e: del consumo del fármaco, y como consecuencia de las concentraciones que se prevean, fundamentalmente en las aguas superficiales). Posteriormente, esas concentraciones predichas se comparan con las concentraciones sin efecto para diferentes organismos (*Predicted no effect concentration*, PNEC) bien para toxicidad aguda, o preferiblemente para toxicidad crónica. Posteriormente, se calcula el cociente de riesgo (*Risk Quotient*, RQ), dividiendo estas dos concentraciones. Si el valor del RQ es >1 , se presupone un riesgo para el medioambiente.

No obstante, hoy en día, salvo contadas excepciones como la de la wise list sueca (guía farmacoterapéutica)²¹, las características medioambientales no se toman en cuenta a la hora de elegir el tratamiento farmacológico²².

CONSECUENCIAS DE LA FARMACONTAMINACIÓN

Los seres vivos distintos al ser humano también presentan una respuesta biológica debido a que la fisiología y las dianas biológicas son similares entre especies²³. Un ejemplo de ello son el sistema de neurotransmisores serotoninérgico que está presente tanto en animales como en plantas. Los fármacos antidepresivos en los últimos años han aumentado su uso junto al incremento de la prevalencia de los trastornos depresivos, no solo en la sociedad en general, sino también en los sistemas penitenciarios en particular, donde el 39% de presos sufre de depresión²⁴. La fluoxetina es un antidepresivo inhibidor selectivo de serotonina que se ha detectado en las aguas superficiales, que es capaz de producir efectos neurotóxicos y de modificar el comportamiento en peces²⁵, así como efectos tóxicos subletales en plantas²⁶.

El enfoque “One Health”, “Planetary Health” o “Una Sola Salud” defiende que hay una relación entre la salud humana, animal y medioambiental. En este sentido, la farmacontaminación es un aspecto relevante. Un claro ejemplo fue la muerte del 99% de la población de buitres en la India a mediados de los 90, debido al consumo de ganado tratado con diclofenaco²⁷. Recientemente, se ha estimado que la desa-

parición masiva de buitres por el diclofenaco provocó un incremento de la mortalidad humana por todas las causas de aproximadamente un 5% debido al aumento de los casos de rabia²⁸.

El uso irracional de antibióticos, tanto de uso humano como de uso veterinario, es una de las razones del aumento de la resistencia de antimicrobianos, un problema de preocupación global. Además, la descarga de antibióticos que acaban en las aguas residuales y finalmente en el medioambiente ha expandido la aparición de genes de resistencia a antimicrobianos (*Antibiotic Resistance Genes*, ARG). Hay evidencias que las aguas con mayor carga de antimicrobianos presentan mayor número de ARG. Por ejemplo, las personas expuestas frecuentemente a estas matrices acuáticas (e.g: surfistas) presentan mayor cantidad de ARG según un estudio realizado en Exeter, Inglaterra²⁹. Otros fármacos, como los antidepresivos, también contribuyen a la aparición de ARG y a la exposición humana a estos genes³⁰.

Otro ejemplo interesante se relaciona con la escabiosis, una enfermedad parasitaria bastante prevalente en los centros penitenciarios^{31,32}. El tratamiento de elección es la permetrina que se tiene que aplicar de manera tópica cubriendo toda la superficie corporal. Una gran cantidad de permetrina termina en las aguas residuales; siendo perjudicial no solo para los ácaros, sino que también es tóxica para otros invertebrados de la naturaleza.

EMISIÓN DE GASES CON EFECTO INVERNADERO

Más allá de los efectos ecotoxicológicos de los principios activos (*Active Pharmaceutical Ingredient*, API) hay que considerar otros aspectos relacionados con el medicamento en su conjunto³³. En concreto, hay una alta preocupación por la emisión de dióxido de carbono a la atmósfera y su contribución al cambio climático. Los medicamentos contribuyen en el 25% de todas las emisiones del ámbito sanitario (teniendo en cuenta su ciclo de vida: producción, transporte, almacenaje y gestión de residuos). Los medicamentos que más contribuyen al efecto invernadero son los inhaladores presurizados que utilizan gases propulsores hidrofluorocarbonados. Un dispositivo presurizado produce, durante su ciclo de vida, una huella de carbono equivalente a 205 Kg de CO₂. Otros medicamentos destacados en este aspecto son los gases anestésicos como desflurano³⁴.

El correcto tratamiento farmacológico del asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

puede reducir la emisión de dióxido de carbono, ya que disminuye los ingresos y el tiempo de estancia hospitalaria, además de utilizar menos dosis de inhaladores³⁵. En las prisiones el 0,85% de los reclusos está afectado por el asma³⁶, aunque solo un quinto está tratado de manera correcta. Esto implica que puedan darse un mayor número de crisis asmáticas que requieran de ingreso hospitalario.

FORMAS DE ACTUAR CONTRA LA FARMACONTAMINACION

Para afrontar el problema de la contaminación ambiental por fármacos será necesario establecer una serie de medidas complementarias durante todo el ciclo de vida del medicamento, incluyendo tanto medidas en origen (*At Source*) como al final de la tubería (*End of Pipe*). En cuanto a las medidas en origen, un primer aspecto afecta a la propia producción de los medicamentos. Una fabricación más sostenible se consigue mediante la química verde que implica el diseño de principios activos más biodegradables y el uso de solventes menos contaminantes, entre otros³⁷.

El siguiente eslabón en el ciclo de vida del medicamento es el consumo. El fármaco en el mercado puede estar disponible como un producto de venta libre o por medio de la prescripción. Como definió la *Royal Pharmaceutical Society* británica, “el fármaco más verde y respetuoso con el medioambiente es aquel que no se prescribe”³⁸, y por ello el uso racional de medicamentos es una intervención directa para evitar la farmacontaminación³⁹. Es imprescindible que los especialistas sanitarios que se encargan de prescribir y dar consejo farmacéutico tomen conciencia acerca del tema, si bien es evidente que hay una falta de conocimiento sobre el destino de los fármacos en el medio ambiente y sus consecuencias por parte de los sanitarios⁴⁰.

El ámbito penitenciario proporciona unas oportunidades de tratamientos farmacoterapéuticos en cuanto al control de la adherencia al mismo. En las cárceles hay una población controlada que facilita la evaluación del estado fisiopatológico y el seguimiento durante el tratamiento. La rehabilitación penitenciaria permite enfocar el tratamiento hacia uno no-farmacológico, además de hacer uso de la psicoterapia y el ejercicio físico para mejorar la salud de los reclusos. Los programas de prisiones verdes incluyen la participación en actividades relacionadas con la naturaleza, que es análogo al concepto de “*Blue Prescription*”⁴¹. La ecoprescripción en cárceles se ha relacionado con menor tasa de reincidencia y mejora de la salud men-

tal de los reclusos⁴². En el caso de la escabiosis, tal y como nos referíamos previamente, para disminuir la farmacontaminación por permetrina se ha propuesto una solución sencilla de implementar que consiste en la limpieza de la permetrina sobrante con toallitas en vez de con el agua de la ducha⁴³.

Sin embargo, el uso de los medicamentos en centros penitenciarios presenta una serie de peculiaridades. La población anciana en las cárceles ha aumentado en los últimos años; 7% de los internos son mayores de 65 años en las cárceles españolas⁴⁴. Este hecho implica que personas con múltiples patologías precisen de polifarmacia. Además, hay un riesgo de abuso de medicamentos prescritos que demanda medidas de seguridad y un correcto tratamiento de los trastornos por adicción a sustancias. El correcto diagnóstico de la enfermedad es necesario para el buen uso de los fármacos. El 10-15% de los reclusos suele presentar un diagnóstico erróneo de un trastorno psiquiátrico⁴⁵.

La gestión de residuos farmacéuticos posee sistemas exclusivos en Francia, Suecia, Portugal y España. El sistema SIGRE consiste en puntos de recogida de medicamentos usados en las oficinas de farmacia. Sin embargo, estos sistemas no están completamente implementados en otros centros sanitarios como los hospitales⁴⁶.

Estamos viviendo un momento de cambio. Las dos nuevas propuestas de Directivas europeas, tanto la Directiva Marco del Agua⁴⁷ como la Directiva de Aguas Residuales Urbanas⁴⁸ van a traer importantes novedades en cuanto a la implicación de fármacos, incluyendo algunos de ellos como sustancias prioritarias (carbamazepina, diclofenaco, etinilestradiol), o la eliminación de al menos el 80% de una serie de fármacos que resultan difíciles de eliminar del agua residual hoy en día.

Toda esta serie de medidas pueden complementarse con tecnologías que mejoren la eliminación de los fármacos de las aguas residuales tratadas en las EDAR⁴⁹.

CONCLUSIONES

Durante el ciclo de vida de un medicamento se produce una gran cantidad de residuos y emisiones de gases con efecto invernadero. El principio activo al llegar al medio ambiente causa un impacto en el ecosistema con el cual el humano se encuentra en estrecha relación. La disminución de la farmacontaminación se puede conseguir a distintos niveles: desde el uso racional del medicamento, hasta la implementación de sistemas de depuración eficaces en la eliminación de

fármacos de las aguas residuales, pasando por la necesaria concienciación medioambiental de la sociedad. Los centros penitenciarios constituyen un escenario interesante donde se puede trabajar con una población con seguimiento estrecho de su salud. Posibilita la implementación de la prescripción sostenible y el uso racional de fármacos, además de concienciar a los reclusos sobre ello.

CORRESPONDENCIA

Unax Lertxundi
Bioaraba Health Research Institute;
Osakidetza Basque Health Service,
Araba Mental Health Network, Araba Psychiatric
Hospital, Pharmacy Service.
c/Alava 43, 01006 Vitoria-Gasteiz, Alava, Spain.
E-mail: unax.lertxundi@osakidetza.net

Vladimir Akhremenko
<https://orcid.org/0009-0004-8436-9290>
Maite Nogales-García
<https://orcid.org/0000-0002-5229-6734>
Eva M^a Fernández-López-de-Vicuña
<https://orcid.org/0000-0001-6881-9862>
Gorka Orive
<https://orcid.org/0000-0002-0773-300X>
Unax Lertxundi
<https://orcid.org/0000-0002-9575-1602>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Daughton CG. Pharmaceuticals and the Environment (PiE): Evolution and impact of the published literature revealed by bibliometric analysis. *Sci Total Environ*. 2016 Aug 15;562:391-426. doi: 10.1016/j.scitotenv.2016.03.109.
- Orive G, Lertxundi U, Brodin T, Manning P. Greening the pharmacy. *Science*. 2022 Jul 15;377(6603):259-260. doi: 10.1126/science.abp9554.
- Comisión Europea. Impact Assessment Report. Informe técnico de la Comisión Europea. European Commission: Brussels; 2022. SWD(2022) 540 final.
- UBA [Internet]. Alemania: Umweltbundesamt; [Consulta, 20/03/2024]. Disponible en: <https://www.umweltbundesamt.de/en/database-pharmaceuticals-in-the-environment-0>. Accedido 20 de Marzo, 2024.
- Domingo-Echaburu S, Lertxundi U, Boxall ABA, Orive G. Environmental contamination by pet pharmaceuticals: A hidden problem. *Sci Total Environ*. 2021 Sep 20;788:147827. doi: 10.1016/j.scitotenv.2021.147827.
- Kim KR, Owens G, Kwon SI, et al. Occurrence and Environmental Fate of Veterinary Antibiotics in the Terrestrial Environment. *Water Air Soil Pollut* 214, 163–174 (2011). doi: 10.1007/s11270-010-0412-2.
- Algora-Donoso I, Varela-González O. Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro) [Psychoactive drugs and costs in the Madrid III (Valdemoro) prison]. *Farm Hosp*. 2008 Nov-Dec;32(6):331-8
- PEW Charitable Trusts. Pharmaceuticals in State Prisons How departments of corrections purchase, use, and monitor prescription drugs. Informe técnico de PEW Charitable Trusts. PEW Charitable Trusts: Philadelphia; 2017. pewtrusts.org/correctionalhealth.
- Wilkinson JL, ABA B, Kolpin DW, KMY L, RWS L, Galbán-Malagón, et al. (2022) Pharmaceutical pollution of the world's rivers. *Proc Natl Acad Sci U S A* 119(8):e2113947119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2113947119>.
- Bouzas-Monroy A, Wilkinson JL, Melling M, Boxall ABA. Assessment of the Potential Ecotoxicological Effects of Pharmaceuticals in the World's Rivers. *Environ Toxicol Chem*. 2022 Aug;41(8):2008-2020. doi: 10.1002/etc.5355.
- Jones ER, van Vliet MTH, Qadir M, Bierkens MFP. Country-level and gridded estimates of wastewater production, collection, treatment and reuse, *Earth Syst. Sci. Data*, 13, 237–254. doi:10.5194/essd-13-237-2021, 2021.
- Ben Mordechay E, Mordehay V, Tarchitzky J, Chefetz B. Pharmaceuticals in edible crops irrigated with reclaimed wastewater: Evidence from a large survey in Israel. *J Hazard Mater*. 2021 Aug 15;416:126184. doi: 10.1016/j.jhazmat.2021.126184.
- Mozas-Blanco S, Rodríguez-Gil JL, Kalman J, Quintana G, Díaz-Cruz MS, Rico A, et al. Occurrence and ecological risk assessment of organic UV filters in coastal waters of the Iberian Peninsula. *Mar Pollut Bull*. 2023 Nov;196:115644. doi: 10.1016/j.marpolbul.2023.115644.
- Voroshuk V, et al. 2021. IOP Conf. Ser.: Earth Environ. Sci.937 042002. doi: 10.1088/1755-1315/937/4/042002.
- Prison Ecology Project [Internet]. United States: Nation Inside End Mass Incarceration; 2022 [Consulta: 21/03/2024]. Facts; [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <https://nationinside.org/campaign/prison-ecology-project/facts/>

16. RETEMA. Inaugurada la depuradora que tratará las aguas residuales del Centro Penitenciario Mas de Enric [Internet]. 25 abril 2017 [Consulta, 21/03/2024]; Agua. Disponible en: <https://www.retema.es/actualidad/inaugurada-depuradora-tratará-aguas-residuales-del-centro-penitenciario-mas-enric>
17. Richmond EK, Rosi EJ, Walters DM, Fick J, Hamilton SK, Brodin T, et al. A diverse suite of pharmaceuticals contaminates stream and riparian food webs. *Nat Commun*. 2018 Nov 6;9(1):4491. doi: 10.1038/s41467-018-06822-w.
18. Alzola-Andres M, Cervený D, Domingo-Echaburu S, Lekube X, Ruiz-Sancho L, Brodin T, Orive G, Lertxundi U. Pharmaceutical residues in stranded dolphins in the Bay of Biscay. *Sci Total Environ*. 2024 Feb 20;912:168570. doi: 10.1016/j.scitotenv.2023.168570.
19. Schaap I, Buedenbender L, Johann S, Hollert H, Dogruer G. Impact of chemical pollution on threatened marine mammals: A systematic review. *J Hazard Mater*. 2023 Oct 5;459:132203. doi: 10.1016/j.jhazmat.2023.132203.
20. Committee For Medicinal Products for Human Use. Guideline on the environmental risk assessment of medicinal products for human use. Guía de la EMA. EMA: London, 2006. EMEA/CHMP/SWP/4447/00 corr 2.
21. Janusinfo Region Stockholm [Internet]. Stockholm: Janusinfo. [Consulta: 17/03/2024] Klokalistan 2024 [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <https://klokalistan.se/>. Accedido 17 de marzo, 2024.
22. Eriksen J, Gustafsson LL, Ateva K, Bastholm-Rahmner P, Ovesjö ML, Jirflow M, et al. High adherence to the ‘Wise List’ treatment recommendations in Stockholm: a 15-year retrospective review of a multifaceted approach promoting rational use of medicines. *BMJ Open*. 2017 May 2;7(4):e014345. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014345.
23. Verbruggen B, Lina Gunnarsson, Erik Kristiansson, Tobias Österlund, Stewart F Owen, Jason R Snape, et al. ECOdrug: a database connecting drugs and conservation of their targets across species, *Nucleic Acids Research*, Volume 46, Issue D1, 4 January 2018, Pages D930–D936. doi: 10.1093/nar/gkx1024.
24. Bedaso A, Ayalew M, Mekonnen N, Duko B. Global Estimates of the Prevalence of Depression among Prisoners: A Systematic Review and Meta-analysis. *Depress Res Treat*. 2020 Nov 26;2020:3695209. doi: 10.1155/2020/3695209.
25. Argaluz J, Domingo-Echaburu S, Orive G, Medrano J, Hernandez R, Lertxundi U. Environmental pollution with psychiatric drugs. *World J Psychiatry*. 2021 Oct 19;11(10):791-804. doi: 10.5498/wjp.v11.i10.791.
26. Andrea-Lorena Garduño-Jiménez, Laura J. Carter. Insights into mode of action mediated responses following pharmaceutical uptake and accumulation in plants. *Front. Agron.*, 15 Jan 24. *Sec. Plant-Soil Interactions Vol 5 – 2023*. doi: 10.3389/fagro.2023.1293555
27. Oaks JL, Gilbert M, Virani MZ, Watson RT, Mehteyer CU, Rideout BA, et al. Diclofenac residues as the cause of vulture population decline in Pakistan. *Nature*. 2004 Feb 12;427(6975):630-3. doi: 10.1038/nature02317.
28. Frank E, Sudarshan A. The Social Costs of Keystone Species Collapse: Evidence from the Decline of Vultures in India (January 5, 2023). University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper No. 2022-165. doi: 10.2139/ssrn.4318579.
29. Anne FC, Lihong Zhanga L, Balfoura AJ, Garsidea R, Hawkeyb PM, Murraya AK, et al. Exposure to and colonisation by antibiotic-resistant *E. coli* in UK coastal water users: Environmental surveillance, exposure assessment, and epidemiological study (Beach Bum Survey). *Environment International*, 2018 DOI: 10.1016/j.envint.2017.11.003.
30. Wang Y, Yu Z, Ding P, Lu J, Mao L, Ngiam L, et al. Antidepressants can induce mutation and enhance persistence toward multiple antibiotics. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2023 Jan 31;120(5):e2208344120. doi: 10.1073/pnas.2208344120.
31. Bartosik K, Tytuła A, Zając Z, Buczek W, Jaształ-Kniażuk A, Błaszczewicz PS, et al. Scabies and Pediculosis in Penitentiary Institutions in Poland-A Study of Ectoparasitoses in Confinement Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Aug 21;17(17):6086. doi: 10.3390/ijerph17176086.
32. Bogino EA, Woldegeorgis BZ, Wondewosen L, Dessu BK, Obsa MS, Hanfore LK, et al. Scabies prevalence and its associated factors among prisoners in southern Ethiopia: An institution-based analytical cross-sectional study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2023 Dec 22;17(12):e0011826. doi: 10.1371/journal.pntd.0011826.
33. Lertxundi U, Domingo-Echaburu S, Orive G. Environmental risk of pharmaceuticals: Let us look at the whole package. *Br J Clin Pharmacol*. 2022 Aug;88(8):3918-3919. doi: 10.1111/bcp.15311.
34. Chambrin C, de Souza S, Gariel C, Chassard D, Bouvet L. Association Between Anesthesia Pro-

- vider Education and Carbon Footprint Related to the Use of Inhaled Halogenated Anesthetics. *Anesth Analg*. 2023 Jan 1;136(1):101-110. doi: 10.1213/ANE.00000000000006172.
35. Wilkinson A, Woodcock A. The environmental impact of inhalers for asthma; a green challenge and a golden opportunity. *Br J Clin Pharmacol*. 2021 Oct 31. doi:10.1111/bcp.15135.
 36. Curran J, Saloner B, Winkelman TNA, Alexander GC. Estimated Use of Prescription Medications Among Individuals Incarcerated in Jails and State Prisons in the US. *JAMA Health Forum*. 2023 Apr 7;4(4):e230482. doi: 10.1001/jamahealthforum.2023.0482.
 37. Puhlmann N, Vidaurre R, Kümmerer K. Designing greener active pharmaceutical ingredients: Insights from pharmaceutical industry into drug discovery and development. *European Journal of Pharmaceutical Sciences*, Volume 192 2024 106614. doi: 10.1016/j.ejps.2023.106614.
 38. Royal Pharmaceutical Society [Internet]. United Kingdom: Royal Pharmaceutical Society; 2021 [Consulta: 21/03/2024]. Sustainability Policies; [aproximadamente 20 pantallas]. Disponible en: <https://www.rpharms.com/recognition/all-our-campaigns/policy-a-z/sustainability-policy/policies>.
 39. Orive G, Domingo-Echaburu S, Lertxundi U. Redefining “rational use of medicines”. *Sustainable Chemistry and Pharmacy*. 2021. doi: 10.1016/j.scp.2021.100381.
 40. Abajo Z, Domingo-Echaburu S, Sánchez-Perez A, Elizondo-Alzola U, De la Casa I, Lertxundi U, et al. Knowledge and attitude about drug pollution in pharmacy students: A questionnaire-based cross sectional study. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2023. doi: 10.1016/j.cptl.2023.04.022
 41. Alejandro JC, Chastin S, Irvine KN, Georgiou M, Khanna P, Tiegues Z, et al. Contextual factors and programme theories associated with implementing blue prescription programmes: a systematic realist review. *Health and Social Care in the Community*. 2023 Apr 5;2023:6551521. doi: <https://doi.org/10.1155/2023/6551521>
 42. van der Linden S. Green prison programmes, recidivism and mental health: A primer. *Crim Behav Ment Health*. 2015 Dec;25(5):338-42. doi: 10.1002/cbm.1978.
 43. Domingo-Echaburu S, Hernandez-Palacios R, Orive G, Lertxundi U. A proposal to reduce the amount of permethrin entering wastewater resultant from topical use to treat scabies. *Sci Total Environ*. 2024 Mar 16:171787. doi: 10.1016/j.scitotenv.2024.171787.
 44. Albaladejo D. Instituciones Penitenciarias subraya en Cuenca que la población reclusa está cada vez más envejecida. *Cadena SER*. 13 de julio de 2023; Sociedad.
 45. Martin MS, Hynes K, Hatcher S, Colman I. Diagnostic Error in Correctional Mental Health: Prevalence, Causes, and Consequences. *J Correct Health Care*. 2016 Apr;22(2):109-17. doi: 10.1177/1078345816634327
 46. SIGRE [Internet]. Madrid: SIGRE; 2024 [Consulta: 17/03/2024]. Qué llevar y dónde llevarlo [aproximadamente 8 pantallas]. Disponible en: <https://www.sigre.es/ciudadanos#por-que-reciclar>
 47. Comisión Europea. Proposal for a revised Urban Wastewater Treatment Directive. Propuesta de Directiva de la Comisión Europea. European Commission: Brussels; 2022. COM(2022) 541 final
 48. Comisión Europea. Proposal for a Directive amending the Water Framework Directive, the Groundwater Directive and the Environmental Quality Standards Directive. Propuesta de Directiva de la Comisión Europea. European Commission: Brussels; 2022. COM(2022) 540 final
 49. Eniola, Jamiu & Kumar, Rajeev & Barakat, Mohamed & Rashid, Jamshaid. (2022). A review on conventional and advanced hybrid technologies for pharmaceutical wastewater treatment. *Journal of Cleaner Production*. 356. 131826. 10.1016/j.jclepro.2022.131826.

Prescripción sostenible

Rafael Hernández Palacios¹, Vladimir Akhrimenko², Maite Nogales García³,
Eva M^a Fernández López-de-Vicuña⁴, Gorka Orive⁵, Unax Lertxundi⁶

¹Unidad de Medicina Interna. Hospital Psiquiátrico de Álava. Red de Salud Mental de Álava. Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz.

²Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Vitoria-Gasteiz.

³Servicio de Farmacia. Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. Vitoria-Gasteiz.

⁴Servicio de Farmacia. Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza Servicio Vasco de Salud. Vitoria-Gasteiz.

⁵Grupo NanoBiocel. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. Vitoria-Gasteiz.

⁶Servicio de Farmacia. Hospital Psiquiátrico de Álava. Red de Salud Mental de Álava. Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba.

RESUMEN

La medicalización creciente de la sociedad general condiciona la incorporación de sustancias farmacológicamente activas al medio ambiente y la medicalización progresiva del planeta. Asociado a esto, durante todo el ciclo de vida del medicamento (producción, distribución, uso y gestión de residuos) se producen gases con efecto invernadero que contribuyen a la degradación del medioambiente. Además de la optimización de los medicamentos y la adecuada gestión de residuos farmacéuticos, la utilización de medicamentos y formas de presentación con menor impacto ambiental, siempre que sea posible, así como el uso de otras alternativas al tratamiento farmacológico como la prescripción social y el cuidado verde, son prácticas responsables. Es fundamental seguir promoviendo estilos de vida saludables que disminuyan el riesgo de enfermedad de las personas y contribuyan a la salud planetaria. Es importante recordar que el medicamento más respetuoso con el medio ambiente es aquel que no se necesita ni se prescribe.

Palabras clave: eco-prescripción; prisiones; uso racional del medicamento.

INTRODUCCIÓN

Cada vez se consumen más medicamentos¹. Se calcula que existen alrededor de 4.000 sustancias farmacológicamente activas diferentes a nivel mundial², de las que se usaron 4,5 mil millones de dosis en 2020; un 24% más que en el año 2015. Más del 50% de la población mundial recibió más de 1 dosis por persona y día de medicamentos en 2020, frente a un 33% en 2005³.

En 2020, el Informe de Evaluación de Naciones Unidas sobre cuestiones de preocupación para el medioambiente, recomendó ampliar el alcance

de esta designación a los fármacos que se acumulan como contaminantes en el medioambiente debido su continuo uso y liberación o por sus efectos difíciles de revertir, como la resistencia a antimicrobianos⁴.

Una vez excretados, los fármacos alcanzan el medio acuático principalmente a través de las aguas residuales. Además, las estaciones depuradoras disponibles actualmente no están específicamente diseñadas para eliminar fármacos⁵. Asimismo, aproximadamente el 42% de las aguas residuales domiciliarias a nivel mundial se incorporan al medio ambiente sin ningún tipo de tratamiento⁶.



Figura 1. Medicalización de la sociedad.

Por otra parte, la atención médica representa por sí sola casi el 5% de los gases de efecto invernadero y los medicamentos contribuyen al 25% de ese incremento⁷. En el ámbito penitenciario existe una alta prevalencia de enfermedades infecciosas, hipertensión, asma, artritis, trastornos psiquiátricos y trastorno por abuso de sustancias. Según datos de centros penitenciarios en Estados Unidos, las cárceles gastan de media el 18% del presupuesto en fármacos, llegando en algunos casos al 32%⁸.

Existe una medicalización creciente de la vida humana con repercusiones significativas sobre el medio ambiente (Figura 1). La OMS, desde el programa de Alianza para la Acción Transformadora sobre el Clima y la Salud (ATAACH), ha planteado la necesidad de construir sistemas de salud resilientes y sostenibles para el clima, demandando a la acción a todos los Estados Miembros para conseguirlo⁹.

El secretario general de Naciones Unidas, António Guterres, en relación con el cambio climático, ha destacado que: “es tiempo de que todos, en todos los lugares y de forma simultánea implementemos medidas para revertir esta situación”¹⁰. Existen diferentes maneras reducir la contaminación farmacéutica y la huella de carbono que tendrán no solo un impacto sobre el cambio climático, sino también sobre la salud de las personas y el uso de recursos¹¹. Es una responsabilidad de todos, también de los profesionales de la sanidad penitenciaria, tomar conciencia del problema e incorporarse a los esfuerzos de un uso racional y sostenible de los medicamentos.

ECOPRESCRIPCIÓN

Christian Daughton, responsable de la Agencia Americana de Medio Ambiente, propuso por primera vez, en 2014, con el término “ecoprescripción”, buscaba que el prescriptor considerara aspectos

medioambientales de los fármacos (persistencia, bioacumulación y toxicidad) además de su comportamiento farmacocinético (mayor riesgo para aquellos fármacos que probablemente serán excretados sin metabolizar de forma inalterada)¹².

Se ha definido ecoprescripción como “la combinación de medidas que tienen como objetivo reducir la contaminación farmacéutica y los impactos climáticos mediante la reducción del consumo farmacéutico a través de una prescripción racional adecuada y mejorada y mediante la prescripción de productos farmacéuticos que se sabe que tienen menos impacto ambiental”¹³.

Desde el año 2006, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) exige una evaluación del impacto ambiental de los medicamentos. Sin embargo, hasta el momento, y al contrario de lo que sucede para determinados medicamentos de uso veterinario, el impacto ambiental no se tiene en consideración en el balance beneficio/riesgo¹⁴. Además, todos los medicamentos comercializados antes del 30 de octubre de 2005 están exentos de presentar este informe de impacto ambiental, por lo que la información disponible acerca de muchos de los medicamentos utilizados actualmente es escasa o inexistente.

Existe, también, una clasificación propuesta por el Instituto Sueco de Investigación Medioambiental (*Swedish Environmental Research Institute*) que considera las características medioambientales de los fármacos y que se incluyen en la denominada “Lista Sabia” (*Kloka Listan, Wise list*). Esta guía farmacoterapéutica, iniciada en 2003, evalúa el peligro ambiental del medicamento en función de la persistencia, el potencial de bioacumulación y la toxicidad. En Suecia, las autoridades regionales utilizan la clasificación para recomendar qué medicamentos utilizar. Si bien la elección del medicamento debe basarse fundamentalmente en las necesidades de los pacientes, los médicos pueden tomar una decisión considerando el medioambiente cuando las opciones son intercambiables¹⁵. Se ha comunicado una alta y creciente adherencia a las recomendaciones de la Lista Sabia para todas las categorías de prescriptor en la región de Estocolmo donde está implantada¹⁶. Aunque es una guía que ha sido recomendada para su consulta o utilización en otros países¹⁷, plantea las dificultades del idioma.

Por otra parte, los escasos estudios publicados sobre la actitud y valoración de los prescriptores hacia la ecoprescripción consideran que discutir los efectos en la salud del cambio ambiental global durante los encuentros clínicos puede formar parte de los roles de los médicos, pero para ello se requeriría del desarrollo de competencias y cambios fundamentales en el funcionamiento de los sistemas de salud^{18,19}.

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y OPTIMIZACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN

La optimización del tratamiento es otro elemento clave para reducir el consumo, el desperdicio de productos farmacéuticos y lograr el objetivo de sostenibilidad más amplio del sector de la salud²⁰.

Recientemente se ha propuesto incluir la filosofía *One Health* (considerar la interconexión entre personas, animales, plantas y su entorno compartido) en la definición de Uso Racional del Medicamento²¹. El paradigma de esta interconexión es la resistencia a antimicrobianos. La OMS considera este problema como uno de los riesgos para la salud más urgentes y recomienda hacer esfuerzos para utilizar de forma óptima los antimicrobianos²². En esta línea el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), iniciado en 2014, define las líneas estratégicas y de acción con el objetivo de reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos²³. De él nace el Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA), que define y planifica la implementación de las acciones para la promoción de las buenas prácticas de uso de antibióticos²⁴. Este programa se ha traducido en un descenso en el consumo de antibióticos del 32,4% en salud humana, y en salud veterinaria de casi un 57%²³. A pesar de este avance, las autoridades europeas recomiendan reducir para el año 2030 un 20% el consumo de antibióticos en humanos, con respecto al 2019. A España le correspondería disminuirlo en un 27%²⁵.

Según una estimación realizada en Reino Unido, el impacto ambiental que tendría la reducción de ingresos hospitalarios evitables relacionados con medicamentos siguiendo unas prácticas de optimización de medicamentos sería equivalente a 110.910 toneladas de emisiones de gases de efecto invernadero (el 0,5% de la huella total de carbono del sistema de salud británico) y 13.300 toneladas de residuos²⁶.

Los principales factores de riesgo asociados al ingreso por reacciones adversas a fármacos son la polifarmacia y la edad avanzada²⁷. El creciente envejecimiento de la población mundial también se refleja en las poblaciones penitenciarias de todo el mundo. En Reino Unido, la población reclusa general creció un 51% entre 2000 y 2009, mientras que la población mayor de 60 años creció un 216%. En Japón, el número de mayores de 60 años en prisión aumentó un 160% entre 2000 y 2006²⁸. También en España se ha producido este envejecimiento de la población reclusa con un 7% de mayores de 60 años²⁹. En este grupo etario, donde la comorbilidad y la polifarmacia son constantes, también en población reclusa³⁰, el riesgo

de prescripción inapropiada es elevado. Evitar el uso de medicamentos inapropiados y de alto riesgo es una estrategia importante, sencilla y eficaz para reducir los problemas relacionados con la medicación, las reacciones adversas, y el impacto medioambiental que generan. El uso de herramientas clínicas como los criterios de Beers³¹ o los STOPP-START³² pueden ayudar a reducir la prescripción potencialmente inapropiada en este grupo de edad.

Del mismo modo que el abordaje de la prescripción y la polifarmacia inadecuada, la conciliación de la medicación y la adherencia del paciente deben considerarse en la estrategia de optimización del tratamiento farmacológico.

La prescripción en centros penitenciarios requiere de una mayor habilidad y vigilancia, de tal manera que el prescriptor valore, no solo el medicamento específico y el efecto de la prescripción, sino los riesgos que plantea el entorno penitenciario, dado que un número significativo de personas en estas instituciones hará un mal uso de los medicamentos dispensados. La guía de Prescripción Segura en Centros Penitenciarios del Reino Unido (*Safer Prescribing in Prisons*) resalta las consideraciones necesarias e importantes a la hora de prescribir y proporciona un enfoque racional para el uso apropiado y prudente de los medicamentos en este grupo de pacientes con el fin de abordar la polifarmacia y desarrollar prácticas de prescripción más seguras³³.

El 20% de las emisiones por medicamentos se encuentran principalmente en la fabricación y el transporte inherentes a la cadena de suministro. Una pequeña cantidad de medicamentos representa una gran parte de las emisiones: gases anestésicos (2% de las emisiones) e inhaladores (3% de las emisiones), donde las emisiones ocurren en el “punto de uso”³⁴. El uso de inhaladores de polvo seco o lluvia fina en lugar de los inhaladores presurizados podría suponer en nuestro país la reducción de 400.000 toneladas equivalentes de CO₂/año, lo que equivaldría a 13.000 vuelos entre Madrid-Londres³⁵.

En la misma línea de utilización racional y sostenible de los medicamentos la administración oral frente a la intravenosa³⁶, siempre que sea factible, y la administración en comprimidos frente a formas de presentación orales líquidas³⁷ son ejemplo de prescripción asociados con una menor huella de carbono.

Decía William Osler que: “es más importante conocer qué persona tiene una enfermedad que saber qué enfermedad tiene una persona”³⁸. Cada ser humano es genéticamente único. Sin embargo, la atención médica tiene un enfoque de talla única donde se utiliza un medicamento en particular para tratar a

todos los pacientes con una enfermedad específica. Implementada todavía solo en algunos ámbitos, la medicina de precisión (o medicina personalizada), utilizando la farmacogenómica, permitirá optimizar los resultados clínicos del paciente, al tiempo que se reducen las reacciones adversas a los medicamentos y se disminuye el impacto medioambiental³⁹.

DISMINUIR LOS RESIDUOS DE MEDICAMENTOS

Las estimaciones de medicamentos domésticos que se convierten en residuos varían del 3% al 50%. En Francia, se estimó que los hogares eliminaron 17.600 toneladas de medicamentos no utilizados o caducados en 2018 (260 g per cápita)⁴⁰. La gestión de residuos varía según países. La proporción de residuos recogidos y los gastos generados varía en diferentes entornos. En Europa, Suecia, Francia, Portugal y España existen sistemas de recogida eficaces. En España, desde el año 2001, se dispone de SIGRE para la gestión medioambiental de los envases y restos de medicamentos que se generan en los hogares. Este sistema evita que los restos de medicamentos lleguen al medioambiente. Además, evita la acumulación de medicamentos en el botiquín doméstico, disminuye el uso de medicamentos caducados y en mal estado, el uso inadecuado y la automedicación⁴¹.

A pesar de ello todavía queda un gran esfuerzo por hacer. A modo de ejemplo, casi la mitad de los inhaladores presurizados y dos terceras partes de los inhaladores de polvo seco utilizados no se recogían en el punto SIGRE⁴². Es una labor importante de los prescriptores y farmacéuticos concienciar y hacer un esfuerzo por transmitir a los pacientes la importancia de una adecuada gestión de los residuos de medicamentos. En centros penitenciarios existe una escasa información acerca de la gestión de residuos de medicamentos.

PREVENCIÓN, ESTILOS DE VIDA Y PRESCRIPCIÓN SOCIAL Y VERDE

La mejor estrategia para reducir el uso de medicamentos es prevenir las enfermedades. Los hábitos de vida son los determinantes más importantes de la salud humana. Se asocian además con el uso de recursos naturales, la producción de residuos y la emisión de gases de efecto invernadero repercutiendo sobre la salud planetaria⁴³ definida como la salud humana en el medio en el que vivimos⁴⁴.

El tabaco es la primera causa de invalidez y mortalidad evitable en España, además de contaminar el planeta. Las emisiones de la industria tabacalera y el humo del tabaco contribuyen a aumentar los niveles de gases de efecto invernadero y la contaminación. Además, anualmente se incorporan al medioambiente 4,5 billones de colillas que contienen toxinas, nicotina y carcinógenos que se encuentran en los productos de tabaco, junto con el filtro plástico no biodegradable^{45,46}.

Es de sobra conocido que el alcohol genera importantes problemas de salud y dependencia. Además, su producción y consumo tienen un impacto medioambiental significativo afectando a 13 de los 17 objetivos del desarrollo sostenible de las Naciones Unidas^{47,48}.

Existe una clara relación de la alimentación con la salud humana y planetaria. La alimentación es responsable del 20-30% de las emisiones de gases de efecto invernadero⁴³. Una dieta planetaria debiera aportar una ingesta calórica óptima y estar compuesta fundamentalmente por alimentos de origen vegetal, grasas insaturadas en lugar de saturadas, y cantidades limitadas de granos refinados y azúcares añadidos. Esta forma de alimentación podría prevenir hasta 11 millones de muertes prematuras en adultos/año⁴⁸.

Por otro lado, la práctica regular de ejercicio físico es un factor protector de prevención de enfermedades no transmisibles, es beneficiosa para la salud mental y reduce el gasto sanitario⁴⁹.

Los espacios naturales promueven la actividad física y reportan beneficios añadidos. Solo en Europa, cumplir la recomendación de la OMS de acceso a espacios verdes urbanos podría prevenir 42.968 muertes al año⁵⁰. Existen diferentes programas de prescripción verde: los huertos terapéuticos, las tareas de conservación de la biodiversidad, la actividad física u otras actividades en contacto con la naturaleza y el cuidado de animales en granjas, entre otros^{51,52}. La prescripción verde ha mostrado beneficios cardiometabólicos y de la salud mental⁵³, además de potenciales beneficios ambientales y socioeconómicos⁵². Se ha puesto en evidencia la relación entre la biodiversidad y el bienestar humano⁵⁴, así como entre la riqueza y biodiversidad del microbioma humano y el contacto con espacios verdes urbanos⁵⁵.

En la población reclusa, en un estudio de investigación cualitativa en Reino Unido y países nórdicos, se comunicaron los efectos calmantes y desestresantes del contacto con la naturaleza. Como resaltan los autores, el cambio en el pensamiento necesario para pasar de ver el espacio verde como una amenaza o un riesgo a un elemento de paisaje de custodia potencialmente terapéutico, es fundamental⁵⁶.

Los factores socioeconómicos tienen un mayor impacto en la salud que la atención médica. Abordar estos factores es tan importante como abordar los problemas biomédicos. La prescripción social aborda los determinantes sociales de la salud, al tiempo que reduce potencialmente la demanda y los costos de atención médica⁵⁷.

Los objetivos de desarrollo sostenible de Naciones Unidas se comprometen a no dejar a nadie atrás⁴⁶. La mejora de la salud de las personas encarceladas puede contribuir al logro de 15 de los 17 objetivos de desarrollo sostenible de Naciones Unidas, al tiempo que permite cumplir con los estándares internacionales de salud en las prisiones existentes⁵⁸.

CONCLUSIÓN

Considerar los aspectos medioambientales en la prescripción y uso de los medicamentos es un elemento clave para disminuir su impacto ambiental y contribuir a los objetivos de desarrollo sostenible.

CORRESPONDENCIA

Unax Lertxundi

E-mail: unax.lertxundi@osakidetza.net

Rafael Hernández Palacios

E-mail: rafael.hernandezpalacios@osakidetza.eus

Maite Nogales García

<https://orcid.org/0000-0002-5229-6734>

Eva M^a Fernández López-de-Vicuña

<https://orcid.org/0000-0001-6881-9862>

Gorka Orive

<https://orcid.org/0000-0002-0773-300X>

Unax Lertxundi

<https://orcid.org/0000-0002-9575-1602>

Vladimir Akhrimenko

<https://orcid.org/0009-0004-8436-9290>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Pharmaceutical Residues in Freshwater Hazards and Policy Responses. Informe científico de la OECD. OECD: Paris; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/c936f42d-en> Accedido el 17 de mayo de 2024.
- Umweltbundesamt (German Environment Agency). Pharmaceuticals in the environment – The global perspective: Occurrence, effects, and potential cooperative action under SAICM. Informe científico de Umweltbundesamt. Umweltbundesamt. Dessau-Roßlau, 2014. doi.org/10.1787/22245081.
- IMS Institute for Healthcare Informatics. Global medicines use in 2020: outlook and implications. Disponible en: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/global-medicines-use-in-2020>. Accedido el 17 de mayo de 2024.
- United Nations Environment Programme. An Assessment Report on Issues of Concern: Chemicals and Waste Issues Posing Risks to Human Health and the Environment. Informe técnico de UN Environment Programme. UN Environment Programme: Zürich; 2020. Disponible en: <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/33807> Accedido el 17 de mayo de 2024.
- Orive G, Lertxundi U, Brodin T, Manning P. Greening the pharmacy. *Science*. 2022 Jul 15;377(6603):259-260. doi: 10.1126/science.abp9554.
- ONU-Hábitat y OMS, 2021. Progress on wastewater treatment – Global status and acceleration needs for SDG indicator 6.3.1. Disponible en: https://unhabitat.org/sites/default/files/2021/08/sdg6_indicator_report_631_progress_on_wastewater_treatment_2021_english_pages.pdf Accedido el 17 de mayo de 2024.
- Health Care Without Harm. How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. 2019. Disponible en: https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf Accedido 17 de mayo de 2024.
- PEW Charitable Trusts. Pharmaceuticals in State Prisons: How departments of corrections purchase, use, and monitor prescription drugs. Philadelphia 2017. Disponible en: <https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2017/12/pharmaceuticals-in-state-prisons.pdf> Accedido 17 de mayo de 2024.
- World Health Organization. Alliance for Transformative Action on Climate and Health. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health> Accedido 17 de mayo de 2024.
- United Nations. Secretary-General's video message for press conference to launch the Synthesis Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. 2023. Disponible en: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2023-03-20/secretary-generals-video-message-for-press-conference-launch-the-synthesis-report-of-the-intergovernmental-panel-climate-change> Accedido 17 de mayo de 2024.

11. British Medical Association. Sustainable and environmentally friendly general practice. England. British Medical Association: United Kingdom, 2020. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/2570/bma-sustainable-and-environmentally-friendly-general-practice-report-june-2020.pdf> Accedido 17 de mayo de 2024.
12. Daughton CG. Eco-directed sustainable prescribing: feasibility for reducing water contamination by drugs. *Sci Total Environ*. 2014 Sep 15;493:392-404. doi: 10.1016/j.scitotenv.2014.06.013.
13. Alejandro J C, Stevenson E M, Fady P-E, and Bennett N. Eco-directed and Sustainable Prescribing of Pharmaceuticals in the United Kingdom. Policy Brief. Prepared by the Office of Baroness Bennett of Manor Castle, House of Lords, Parliament of the United Kingdom. 2023. Disponible en: https://bsac.org.uk/wp-content/uploads/2023/07/Fina-Digital_Policy-Brief-on-EDSP_18Jul23.pdf Accedido 17 de mayo de 2024.
14. Committee For Medicinal Products For Human Use. European Medicines Agency. Guideline on the environmental risk assessment of medicinal products for human use. Guía de la EMA. EMA: London, 2006. EMEA/CHMP/SWP/4447/00 corr 2. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/environmental-risk-assessment-medicinal-products-human-use-scientific-guideline> Accedido 17 de mayo de 2024.
15. Janusinfo Region Stockholm [Internet]. Stockholm: Janusinfo. Kloka listan 2024. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2024-04/Plan%20Nacional%20frente%20a%20la%20Resistencia%20a%20los%20Antibióticos%202022-2024.pdf> Accedido el 17 de mayo de 2024.
16. Eriksen J, Gustafsson LL, Ateva K, Bastholm-Rahmner P, Ovesjö ML, Jirlow M, et al. High adherence to the 'Wise List' treatment recommendations in Stockholm: a 15-year retrospective review of a multifaceted approach promoting rational use of medicines. *BMJ Open*. 2017 May 2;7(4):e014345. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014345
17. Association de médecins lorrains pour l'optimisation de la qualité des soins (ASOQS). SE SOIGNER SANS POLLUE. Disponible en: <http://sesoignersanspolluer.com> Accedido el 17 de mayo de 2024.
18. Wang J, Li S, He B. Chinese physicians' attitudes toward eco-directed sustainable prescribing from the perspective of ecopharmacovigilance: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020 Jun 1;10(6):e035502. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035502.
19. Alanya C.L. den Boer, Arianne Teherani, Evelien de Hoop. Discussing climate change and other forms of global environmental change during the clinical encounter: Exploring US physicians' perspectives. *The Journal of Climate Change and Health* 2021 100058 ISSN2667-2782. doi:10.1016/j.jocl.2021.100058.
20. Helwig K, Niemi L, Stenuick JY, Alexandre JC, Pflieger S, Roberts J, et al. Broadening the Perspective on Reducing Pharmaceutical Residues in the Environment. *Environ Toxicol Chem*. 2024 Mar;43(3):653-663. doi: 10.1002/etc.5563.
21. Orive G, Domingo-Echaburu S, Lertxundi U. Redefining the "rational use of medicines". *Sustain Chem Pharm*. 2021; 20:100381. doi: 10.1016/j.scp.2021.100381
22. World Health Organization. Plan de acción mundial sobre la Resistencia a antimicrobianos. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241509763> Accedido el 17 de mayo de 2024.
23. Agencia Española De Medicamentos Y Productos Sanitarios (AEMPS). Plan nacional frente a la resistencia a los antibióticos 2022-2024. Plan nacional del Gobierno de España. AEMPS: Madrid; 2022. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/sites/default/files/2022-09/Plan%20Nacional%20Resistencia%20Antibióticos%20%28PRAN%29%202022-2024.pdf> Accedido el 17 de mayo de 2024.
24. Agencia Española De Medicamentos Y Productos Sanitarios (AEMPS). Programa de optimización de uso de antibióticos. Plan nacional del Gobierno de España. AEMPS: Madrid; 2017. Disponible en: <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/lineas-de-accion/control/programas-de-optimizacion-de-uso-de-los-antibioticos-proa> Accedido el 17 de mayo de 2024.
25. Consejo de la Unión Europea. Sobre la intensificación de las medidas de la UE para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos de acuerdo con el concepto «Una sola salud». *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2023/C 220/01. (22 de junio de 2023). Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2023/220/Z00001-00020.pdf> Accedido el 17 de mayo de 2024.
26. National Institute for Health and Care Excellence. Environmental impact report: Medicines optimisation. Implementing the NICE guideline

- on medicines optimisation (NG5). Informe científico de NICE. Proof report v1.7. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Intopractice/resource-impact-assessment/Medicinesoptimisation-sustainability-report.pdf> Accedido el 17 de mayo de 2024.
27. Pedrós C, Quintana B, Rebolledo M, Porta N, Vallano A, Arnau JM. Prevalence, risk factors and main features of adverse drug reactions leading to hospital admission. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014 Mar;70(3):361-7. doi: 10.1007/s00228-013-1630-5.
 28. International Review of the Red Cross (2016), 98 (3), 917–939. Detention: addressing the human cost doi:10.1017/S1816383117000364.
 29. Poder Judicial España. Estadísticas de la población reclusa 2023. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/> Accedido el 17 de mayo de 2024.
 30. Annaheim B, Wangmo T, Bretschneider W, Handtke V, Elger BS, Belardi A, et al. Polypharmacy and drug-drug interactions among older and younger male prisoners in Switzerland. *Int J Prison Health*. 2019 Aug 29;15(3):250-261. doi:10.1108/IJPH-07-2018-0040.
 31. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.
 32. Delgado-Silveira E, Molina Mendoza MD, Montero-Erassquín B, et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores [Spanish version of the STOPP/START 3 criteria: Advances in the detection of inappropriate prescribing medication in the older people]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2023;58(5):101407. doi:10.1016/j.regg.2023.101407
 33. Bicknell M, Farmer D, Watson C. Safer Prescribing in Prisons: Guidance for clinicians. Royan College of General Practitioners, second edition, 2019. Disponible en: https://elearning.rcgp.org.uk/pluginfile.php/176185/mod_book/chapter/620/RCGP-safer-prescribing-in-prisons-guidance-jan-2019.pdf Accedido el 17 de mayo de 2024.
 34. National Health Service. Delivering a 'Net Zero' National Health Service. Informe técnico de National Health Service. NHS: London; 2020. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/greenernhs/a-netzero-nhs/> Accedido el 17 de mayo de 2024.
 35. Cabrera López C, Urrutia Landa I, Jiménez-Ruiz CA. SEPAR's Year: Air Quality. SEPAR Statement on Climate Change. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2021 May;57(5):313-314. doi: 10.1016/j.arbres.2021.03.003.
 36. Eii MN, Walpole S, Aldridge C. Sustainable practice: Prescribing oral over intravenous medications. *BMJ*. 2023 Nov 6;383:e075297. doi:10.1136/bmj-2023-075297.
 37. Lim E, Parker E, Vasey N. Why learning how to swallow pills is good for patients, parents, and the planet. *BMJ*. 2024 Jan 9;384:e076257. doi:10.1136/bmj-2023-076257.
 38. Naithani N, et al. Precision medicine: Concept and tools. *Med J Armed Forces India*. 2021 Jul;77(3):249-257. doi: 10.1016/j.mjafi.2021.06.021.
 39. Denny JC, Collins FS. Precision medicine in 2030-seven ways to transform healthcare. *Cell*. 2021 Mar 18;184(6):1415-1419. doi: 10.1016/j.cell.2021.01.015.
 40. OECD (2022), Management of Pharmaceutical Household Waste: Limiting Environmental Impacts of Unused or Expired Medicine, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/3854026c-en>.
 41. SIGRE. Qué llevar y dónde llevarlo. Disponible en: <https://www.sigre.es/ciudadanos#por-que-reciclar> Accedido el 17 de mayo de 2024.
 42. Cantalapiedra F, Rico D, Rivero L, De R, Ginel L, Hidalgo A. Análisis perceptivo de los inhaladores reciclados. Proyecto AIRE. *Farm Comunitarios*. 2020 Nov 05;12 (Supl 2. Congreso SEFAC 2020): 485.
 43. Ronda, Ana & Giménez, María. (2023). Estilos de vida, sostenibilidad y salud planetaria. *Rev Clín Med Fam* 2023; 16 (2): 106-115. doi: 10.55783/rcmf.16020
 44. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication> Accedido el 17 de mayo de 2024.
 45. Nguyen D, Voulvoulis N, Huber L, Van Kalmthout D, Catellin M, Fernández-Megina R, Blanco Marquizo A. (2022). Highlighting the environmental impact of tobacco: WHO FCTC Secretariat partnerships, campaigns and resources. *Tob Prev Cessatin*. 2022;8 (supl): A2. doi: <https://doi.org/10.18332/tpc/151060>

46. Fernández Ortiz A, del Campo Giménez M (coord.). Que hacer y no o hacer en salud planetaria. Documentos semFYC n.o 45. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2022.
47. MOVENDI International. ALCOHOL OBSTACLE TO DEVELOPMENT. How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals. Estocolmo 2020. Disponible en: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf> Accedido el 17 de mayo de 2024.
48. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019 Feb 2;393(10170):447-492. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31788-4.
49. World Health Organization. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf Accedido el 17 de mayo de 2024.
50. Barboza EP, Cirach M, Khomenko S, Iungman T, Mueller N, Barrera-Gómez J. Green space and mortality in European cities: a health impact assessment study. *Lancet Planet Health*. 2021 Oct;5(10):e718-e730. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00229-1.
51. DKV instituto de la vida saludable. Prescribir naturaleza (2020). Disponible en: <https://dkv.es/corporativo/observatorio-prescribir-naturaleza-2020> Accedido el 17 de mayo de 2024.
52. Robinson JM, Breed MF. Green Prescriptions and Their Co-Benefits: Integrative Strategies for Public and Environmental Health. *Challenges*. 2019; 10(1):9. doi: 10.3390/challe10010009
53. Nguyen PY, Astell-Burt T, Rahimi-Ardabili H, Feng X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: a systematic review. *Lancet Planet Health*. 2023 Apr;7(4):e313-e328. doi: 10.1016/S2542-5196(23)00025-6.
54. Methorst J, Rehdanz K, Mueller T, Hansjürgens B, Bonn A, Böhning-Gaese K. The importance of species diversity for human well-being in Europe. *Ecological Economics* 181 (2021) 106917. doi: [10.1016/j.ecolecon.2020.106917](https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2020.106917)
55. Selway CA, Mills JG, Weinstein P, Skelly C, Yadav S, Lowe A, Breed MF, Weyrich LS. Transfer of environmental microbes to the skin and respiratory tract of humans after urban green space exposure. *Environ Int*. 2020 Dec;145:106084. doi:10.1016/j.envint.2020.106084.
56. Moran D, Turner J. Turning over a new leaf: The health-enabling capacities of nature contact in prison. *Soc Sci Med*. 2019 Jun;231:62-69. doi:10.1016/j.socscimed.2018.05.032.
57. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ*. 2019 Mar 28;364:l1285. doi:10.1136/bmj.l1285
58. Ismail N, Lazaris A, O'Moore É, et al. Leaving no one behind in prison: improving the health of people in prison as a key contributor to meeting the Sustainable Development Goals 2030. *BMJ Global Health* 2021;6:e004252. doi:10.1136/bmjgh-2020-004252

Experiencia de deprescripción de psicofármacos en un centro penitenciario*

José Joaquín Antón Basanta

Servicios Sanitarios del Centro Penitenciario de Albolote. Granada. Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

INTRODUCCIÓN

Los psicofármacos o sustancias psicoactivas o psicotropos son medicamentos que tienen efectos sobre la función psicológica¹ y por tanto están indicados para el tratamiento de las alteraciones de dichas funciones. Se consideran como tal por su efecto sobre los procesos mentales tales como la percepción, conciencia, cognición o estado de ánimo y tienen un uso restringido y regulado en función de los riesgos para la salud que ocasionan y su utilidad terapéutica². Además, muchos de estos fármacos están asociados con el desarrollo de dependencia a su uso y pueden ocasionar eventos adversos importantes siendo necesario la monitorización y revisión frecuente del tratamiento^{3,4}.

Su producción y distribución están reguladas a nivel internacional por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por un Protocolo de 1972 y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971^{2,5}.

En España, la dispensación de los fármacos psicotropos está regulada por el Real Decreto 2829/1977 de 6 de octubre⁶ y la Orden de 14 de enero de 1981⁷ que adapta los convenios internacionales a la legislación española, su dispensación es mucho más estricta y controlada que la de otros medicamentos⁵.

En el medio penitenciario, la alta prevalencia de personas con un trastorno mental, entre los que destaca la patología dual (trastorno mental y trastorno adictivo), lleva consigo una elevada prescripción de fármacos psicotropos⁸⁻¹⁰. Sin embargo, a menudo estos fármacos se prescriben en este entorno para el trata-

miento de personas con trastornos de personalidad, de abuso de sustancias y comportamientos disfuncionales para los que no están indicados^{11,12}. Además, es frecuente la prescripción de más de un fármaco de la misma familia (polifarmacia), de dosis superiores a las terapéuticas y con duración del tratamiento más prolongada a las recomendadas por las guías de práctica clínica³. La Tabla 1 resume los principales grupos de fármacos psicotrópicos empleados habitualmente en el medio penitenciario¹²⁻¹⁴.

En España, la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP) reporta que el 27,9% de la población penitenciaria estaba en tratamiento con medicación psiquiátrica en el 2016 y el 21,6% en el 2022^{15,16}. Otros estudios nacionales informan que hasta un 67% de la población penitenciaria tiene prescrito algún fármaco psicotropo, siendo la polifarmacia la norma^{13,17-19}. Los datos que se proporcionan por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria según las prescripciones realizadas en la Historia Clínica Digital (OMI) indican que más del 50% de los internos dependientes de la Administración Central tienen prescritos algún psicofármaco²⁰.

La prescripción elevada de psicofármacos sin indicación médica supone un riesgo para la salud de la población penitenciaria²¹. Fármacos tales como las benzodiazepinas, los gabapentinoides, los analgésicos opiáceos y algunos antipsicóticos como la quetiapina, son prescritos habitualmente sin indicación médica en el medio penitenciario hecho que aumenta el riesgo de uso inadecuado, desviado o dependiente²¹. Adicionalmente, el uso de estos fármacos junto con otras sus-

*Esta ponencia es una adaptación y ampliación del Capítulo 10 (Uso racional de fármacos psicotrópicos en el medio penitenciario: una buena práctica asistencial necesaria) del Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España del cual soy coautor y en el que se describe la experiencia de deprescripción en el Centro Penitenciario de Albolote donde trabajo.

Tabla 1.

Tipos fármacos	Principales indicaciones	Ejemplos de más usados en prisiones
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • TOC • Trastorno pánico • T. Alimentarios • Ansiedad • Dolor neuropático • Hipnóticos 	<ul style="list-style-type: none"> • ISRS <ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina - Paroxetina - Sertralina - Citalopram • IRSN <ul style="list-style-type: none"> - Venlafaxina - Duloxetina • Tricíclicos <ul style="list-style-type: none"> - Amitriptilina • NaSSA <ul style="list-style-type: none"> - Mirtazapina • AIRS <ul style="list-style-type: none"> - Trazodona
Neurolépticos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosis esquizofrénica • Alucinaciones y delirios • Psicosis tóxicas • T. Bipolares 	<ul style="list-style-type: none"> • Quetiapina • Olanzapina • Clotiapina • Aripiprazol oral y depot • Risperidona oral y depot • Paliperidona oral y depot • Clopixol depot
Antiepilépticos	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia • Dolor neuropático • Trastorno ansiedad generalizado • Episodios maniacos • Migrañas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gabapentina • Pregabalina • Oxcarbazepina • Topiramato • Ac. Valproico • Lamotrigina • Levetiracetam
Ansiolíticos/ hipnóticos	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Trastornos del sueño • Relajante muscular • Crisis convulsivas • Sd. Abstinencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiacepinas <ul style="list-style-type: none"> - Cloracepato - Alprazolam - Clonazepan - Diazepam - Lormetazepam - Lorazepam • Antidepresivos <ul style="list-style-type: none"> - Mirtazapina - Trazodona • Zolpidem

Nota. ISRS Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. NaSSA: Antidepresivos serotoninérgicos y noradrenérgicos; AIRS: Antagonista e inhibidor de la recaptación de serotonina.

tancias psicoactivas, frecuentes en este entorno^{15,22,23}, aumenta considerablemente el riesgo de episodios de sobredosis o de reacciones adversas a sustancias psicoactivas (RASUPSI) que pueden producir el fallecimiento de la persona. Además, se promueve el intercambio o mercadeo de estos fármacos entre las personas internas, siendo aún más complicado prevenir estos episodios²¹. También el uso inadecuado de fármacos psicótropos incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas

graves con otros fármacos no psicótropos indicados para tratar diferentes condiciones médicas²¹.

En la ESDIP del año 2022 el 52,4% de las personas internas entrevistadas mencionaron a los fármacos psicótropos sin receta médica (en concreto, los tranquilizantes) como los causantes de los episodios de sobredosis sin fallecimiento en prisión¹⁶. Según esta encuesta, el consumo de tranquilizantes dentro de la prisión ocupaba la segunda posición después

del consumo de cannabis; el 7,8% de las personas internas había consumido este tipo de fármacos de forma no prescrita en los últimos 30 días en prisión y el 26,0% de los que refieren haberlos consumido ha iniciado el consumo de esta sustancia dentro de prisión¹⁶.

Ante esta situación, creemos existe la necesidad de promover el uso racional y seguro de fármacos psicotropos en el entorno penitenciario²⁴.

RECOMENDACIONES DE USO DE LOS PSICOTROPOS MÁS UTILIZADOS

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas (BZD) deben utilizarse a la dosis mínima que sea eficaz, en monoterapia y sólo en tratamientos cortos de trastornos agudos. La duración del tratamiento indicada en ficha técnica es de 2 a 4 semanas en el insomnio y de 8 a 12 semanas en la ansiedad, incluyendo en ambos casos la retirada gradual. Si la duración es más larga será necesario un seguimiento estrecho del paciente.

El comité para la seguridad de los medicamentos (*Committee on Safety of Medicines*), de la Agencia Británica de Medicamentos y Productos Sanitarios, es todavía más restrictivo en el uso de las benzodiazepinas. La recomendación es que “las benzodiazepinas como tratamiento del insomnio o la ansiedad deben utilizarse solo en el alivio sintomático, con una duración de tratamiento de entre 2 y 4 semanas (incluyendo la retirada gradual) y únicamente cuando se trate de procesos graves, incapacitantes o que sometan al paciente a una tensión inaceptable. En ansiedad leve a pasajera su uso es inadecuado. En trastornos mixtos ansioso-depresivos el tratamiento no debe superar las 2 semanas”²⁵.

Gabapentinoides

La evidencia sugiere que el mal uso/abuso de gabapentinoides representa una tendencia creciente que está causando daños significativos a los pacientes incluido el riesgo de mortalidad por sobredosis relacionadas con los opioides²⁶.

La FDA advirtió en 2019 de los riesgos de dificultades respiratorias graves en pacientes que usan gabapentina o pregabalina y que tienen factores de riesgo respiratorio, incluyendo en estos, el uso de analgésicos opioides y otras drogas que deprimen el sistema nervioso central y afecciones como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que reducen la función pulmonar²⁷.

En el Reino Unido, a partir de abril de 2019 la pregabalina y la gabapentina se incluyen en el grupo de estupefacientes, y pasaron a ser de clase C; el objetivo de esta medida fue reducir el número creciente de muertes causadas por su abuso²⁸.

Quetiapina y metadona

La quetiapina es usada en las prisiones generalmente como hipnótico y no como antipsicótico y su uso junto con metadona conlleva un elevado riesgo de “Torsade de Pointes” por ser ambos fármacos que prolongan el Intervalo QT²⁹.

SITUACIÓN PREVIA EN ALBOLOTE

En un corte realizado el 14 de marzo de 2017, con una población ese día de 1298 internos, el 43% de los internos [558], tenía prescrito algún psicotropo y de estos el 58% más de uno (Figura 1). El total de psicotropos prescritos era de 1115, siendo las BZD las más prescritas [326], seguido de neurolépticos [209] y antiepilépticos, en los que estaban incluidos los gabapentinoides [195]. Los módulos considerados más conflictivos, M1, M4 y M5 eran los que tenían más prescripciones de psicotropos, 61,6%, 69% y 57,6% respectivamente.

En esa fecha los internos incluidos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y por tanto con diagnóstico de Trastorno Mental Grave suponían el 5,2% de la población total



Figura 1. Porcentajes de psicotropos prescritos por paciente.

[68] muy por debajo de la población con psicotropos prescritos.

En 2016, 2017 y 2018 se produjeron en el Centro Penitenciario de Albolote 5 muertes relacionadas con el consumo de drogas y en el conjunto de prisiones dependientes de la Administración Central se produjeron 28 muertes en 2017 y 61 muertes en 2018.

Desde el 2º semestre de 2017 hasta fin de 2019 se incluyeron en el Programa de Seguimiento de Sobredosis del CP. Albolote a 11 internos.

En el año 2019 se produjeron en el CP. Albolote una media de 3,76 expedientes disciplinarios por incidentes calificados como Muy Graves o Graves³⁰.

DEPRESCRIPCIÓN

La deprescripción es el proceso sistemático en el que se identifican y se retiran aquellos medicamentos cuyos potenciales riesgos sobrepasan los potenciales beneficios para conseguir los objetivos terapéuticos marcados para un individuo³¹.

OBJETIVOS

Primario

Retirada escalonada de todos los fármacos psicotropos prescritos sin indicación médica y en la que se considere que el riesgo de usar el fármaco supere los beneficios que se busquen. Se centra especialmente en aquellas personas con conductas adictivas por ser el colectivo más vulnerable a la sobremedicación y la polifarmacia.

Secundarios

- Disminuir la incidencia de morbimortalidad relacionada con drogas.
- Valorar, en lo posible, si se produce incidencia en la conflictividad del centro.

MÉTODO

El principal elemento de éxito es la relación médico-paciente basada en el trato personal e individualizado, la franqueza, la confianza y el respeto. Es necesario que el médico explique la pauta de deshabitación en detalle y los beneficios en salud esperables.

En primer lugar, se revisa el historial clínico y los tratamientos farmacológicos de todas las personas internas del centro penitenciario, independientemente de si tienen un diagnóstico de TMG o no, para

identificar aquellos fármacos psicotropos que están prescritos sin indicación médica. Principalmente se revisa la prescripción de fármacos que incluyen las benzodiacepinas, los gabapentinoides, la quetiapina, la amitriptilina y el tramadol. Una vez identificadas las personas con irregularidades en la prescripción de fármacos psicotropos, se les informa del programa de deprescripción, explicando en detalle los beneficios en salud esperables y se establece un compromiso de corresponsabilidad entre el médico y el paciente. La retirada escalonada de estos fármacos psicotrópicos se realiza con reducciones lentas de dosis. Todos los fármacos se retiran a la vez para que haya un único periodo de deshabitación y lo más breve posible. Este programa se lleva a cabo por igual en todas aquellas personas internas que tienen prescritos fármacos psicotropos sin indicación médica.

El esquema general es el siguiente para cada tipo de fármaco:

- Benzodiacepinas:
 - Se agrupan todas las que traiga a diazepam.
 - Dosis máxima 30 mg/día.
 - Reducción semanal 5 mg hasta fin.
- Gabapentinoides:
 - Solo se prescribe una en el caso de que traiga prescritas las dos.
 - Pregabalina:
 - Dosis máxima 450 mg/día.
 - Reducción semanal 75 mg hasta fin.
 - Gabapentina:
 - Dosis máxima 1800 mg/día.
 - Reducción semanal 300mg hasta fin.
- Quetiapina:
 - Dosis máxima 100 mg/día.
 - Reducción semanal 25 mg hasta fin.
- Amitriptilina:
 - Dosis máxima 75 mg/día.
 - Reducción semanal 25 mg hasta fin.
- Tramadol:
 - Dosis máxima 200 mg/día.
 - Reducción semanal 50 mg hasta 100 mg y pasar a Pazital, Zaldiar, etc. 3 al día y reducción de un comp. semanal hasta fin.

Además de la retirada escalonada de estos fármacos, se siguen otras pautas y recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas durante el periodo de deshabitación. Se procura el manejo adecuado de síntomas depresivos y por ansiedad, y del insomnio, que son frecuentes en el entorno penitenciario y que afectan especialmente, a las personas internas con conductas adictivas durante el periodo de deshabitación. El médico recomienda al paciente seguir hábitos de vida saludable, haciendo especial énfasis en la prác-

tica de actividad física regular que ayuda a disminuir la severidad de los síntomas por abstinencia.

En personas con TMG que presentan una patología dual, el programa de deprescripción es similar. El único fármaco psicotrópico que se mantiene es el antipsicótico. Es frecuente la prescripción de antipsicóticos inyectables de tipo depot tales como risperidona, paliperidona o aripiprazol en este grupo de pacientes por sus buenos resultados en la estabilización de los síntomas y la prevención de recaídas o brotes. En determinados casos, se prescribe algún fármaco ansiolítico durante un periodo de tiempo determinado y en función del grado de deterioro funcional de la persona con TMG.

RESULTADOS

En el centro penitenciario de Albolote, el programa de deprescripción se implementó progresivamente. En 2018, se inició en uno de los módulos del centro, el módulo 5, que acogía a un elevado número de personas con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación (58%, en 2017)³⁰. Se empezó con las personas que tenían más fármacos psicotrópicos prescritos y con aquellas que acudían a la consulta para la revisión de la medicación psicotrópica. A los 12 meses, solo el 16% de las personas internas del módulo tenían fármacos psicotrópicos prescritos, de los cuales un alto porcentaje estaba en pauta de deshabitación³⁰. En el año 2020, se implementó el programa en el módulo 4 del centro con un 47% de la población con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación. A los 9 meses, el porcentaje de personas con fármacos psicotrópicos prescritos se redujo al 14% y al finalizar el año alcanzó el 10%^{30,32}. Posteriormente, se llevó a cabo el programa en el módulo 1,

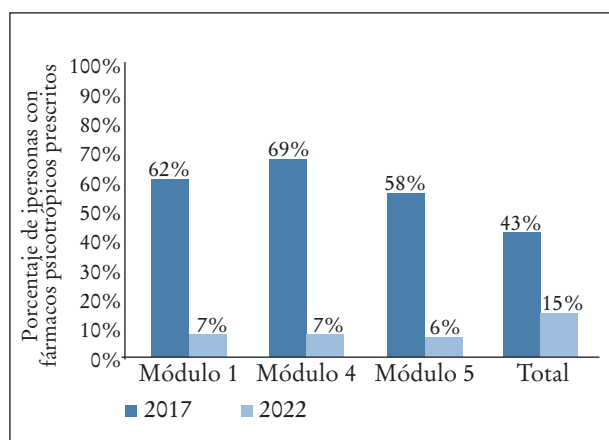


Figura 2. Evolución porcentaje de pacientes con psicotrópicos prescritos.

consiguiendo una reducción similar en el número de personas con fármacos psicotrópicos prescritos sin indicación médica (Figura 2)³⁰.

Los resultados positivos que se obtuvieron en los módulos 1, 4 y 5 sirvieron para que el resto de médicos del centro se decidieran a implementar este programa de deprescripción en el resto de los módulos del centro. A principios del 2022, el porcentaje de personas internas con fármacos psicotrópicos prescritos se había reducido del 43% (2017) al 15% de la población penitenciaria del centro (Figura 2)³².

En la actualidad la deprescripción es completa en el Centro y se inicia directamente en el Departamento de Ingresos a aquellos internos que llegan al mismo, bien en conducción desde otros centros o bien desde libertad.

La evolución de los episodios de sobredosis ha pasado de los 11 entre el 2º semestre de 2017 y fin de 2019 a 2 episodios desde 2020 hasta la actualidad. (Figura 3).

La evolución de la mortalidad ha sido desde los 5 fallecidos relacionado con drogas en 3 años (2016, 2017 y 2018) a solo 1 fallecido por esta causa (en 2022) en casi 6 años (Figura 4)³².

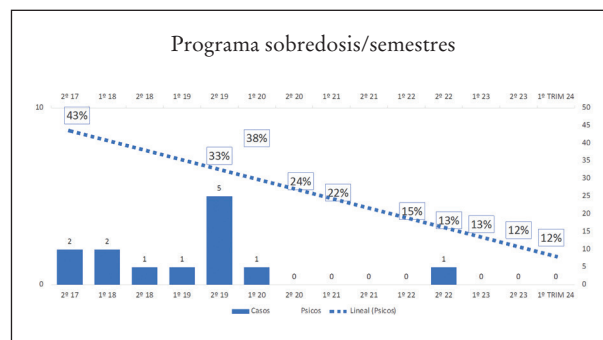


Figura 3. Evolución de pacientes incluidos en programa de sobredosis y porcentaje total de prescripciones en el centro.

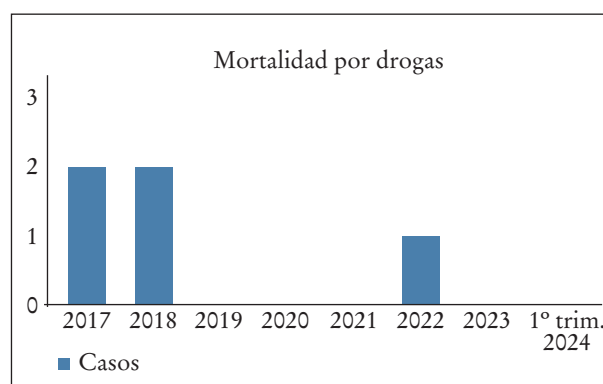


Figura 4. Evolución mortalidad anual relacionada con drogas.

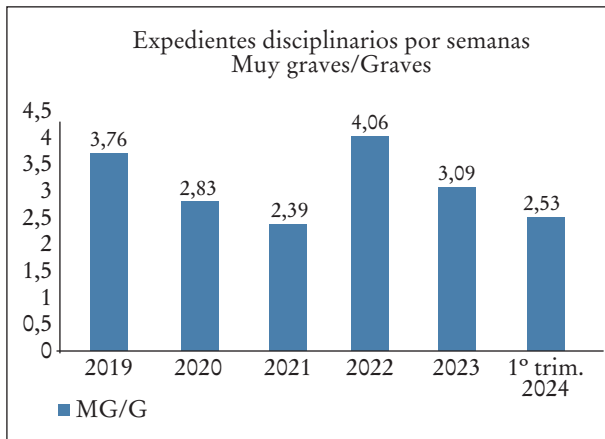


Figura 5. Evolución expedientes disciplinarios por semanas.

La conflictividad en el centro no solo no ha aumentado por la deprescripción, sino que incluso ha disminuido pasando de 3,76 incidentes calificados como Muy Graves o Graves de media a la semana en 2019 a los 2,53 en el 1º trimestre de este año (Figura 5).

Además, se ha conseguido una optimización de los recursos sanitarios, puesto que no sólo se ha reducido el gasto farmacéutico, sino que también se ha disminuido de forma importante el tiempo en la preparación y reparto de la medicación psicotrópica. Esto permite que el personal de enfermería y de cuidados auxiliares pueda dedicar más tiempo a otros programas de atención al paciente.

Por último, y esto es experiencia personal, la calidad de las consultas médicas ha mejorado de manera muy significativa al haber desaparecido las presiones para la prescripción de psicótropos y poder realizarlas para solucionar verdaderos problemas de salud y por otro lado la respuesta más generalizada de aquellos a los que se les ha retirado la medicación es el agradecimiento, no solo de ellos sino, en muchos casos, también de sus familias. En la mayoría de los casos la mejora de la salud es tal, que la persona implicada adquiere conciencia de la importancia de la retirada de estos fármacos y se siente corresponsable de la decisión tomada.

CONCLUSIONES

Un programa de uso racional de fármacos psicótropos, con la deprescripción de los aquellos prescritos sin una adecuada indicación médica entre la población penitenciaria es factible y produce una sustancial mejora de la salud de los internos disminuyendo de forma evidente la morbimortalidad asociada a las

drogas. Es, probablemente, una de las actuaciones con mayor impacto de salud que se pueden implementar en los centros penitenciarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NHS. NHS Data Model and Dictionary- Psychotropic medication [Internet]. Health and Social Care Information Centre. 2022 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.datadictionary.nhs.uk/nhs_business_definitions/psychotropic_medication.html
2. World Health Organization. Drugs (psychoactive) [Internet]. [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
3. Griffiths E V, Willis J, Spark MJ. A systematic review of psychotropic drug prescribing for prisoners. *Aust N Z J Psychiatry*. mayo de 2012;46(5):407-21.
4. Schifano F. Coming Off Prescribed Psychotropic Medications: Insights from Their Use as Recreational Drugs. *Psychother Psychosom*. 2020;89(5):274-82.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Estupefacientes y Psicótropos – Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2022 [citado 6 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/?lang=en>
6. Gobierno de España- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación [Internet]. Boletín Oficial del Estado- BOE-A-1977-27160 1977. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1977-27160>
7. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Orden de 14 de enero de 1981 por la que se desarrolla el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, que regula las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, y se dictan las normas complementarias de fiscalización para la fabricación, comercio, elab [Internet]. Boletín Oficial del Estado BOE-A-1981-2112 1981. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-2112#:~:text=A-1981-2112> Orden de 14 de enero de 1981 por la que, y distribución de sustancias psicotrópicas.

8. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*. 1 de diciembre de 2017;4:946-52.
9. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry*. mayo de 2012;200(5):364-73.
10. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal*. 1 de junio de 2022;7(6):e557-68.
11. Hassan L, Senior J, Webb RT, Frisher M, Tully MP, While D, et al. Prevalence and appropriateness of psychotropic medication prescribing in a nationally representative cross-sectional survey of male and female prisoners in England. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):346.
12. Brown GP, Stewart LA, Rabinowitz T, Boudreau H, Wright AJ. Approved and Off-Label Use of Prescribed Psychotropic Medications among Federal Canadian Inmates. *Can J Psychiatry*. octubre de 2018;63(10):683-91.
13. Algora-Donoso I, Varela-González O. Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro). *Farm Hosp*. 2008;32(6):331-8.
14. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios [Internet]. Ministerio de Sanidad. [citado 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
15. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, Catalunya D de SG de. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) [Internet]. 2016 [citado 6 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>
16. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP) [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_ESDIP_Informe.pdf
17. Franco-Míngarro C, Almazán-Julve P, Mur M, García-Jiménez E, Arroyo-Cobo JM. Estudio de utilización de psicofármacos en el centro penitenciario de Zuera en 2006: análisis comparativo. *Farm Hosp*. 2008;32(1):57-8.
18. Cañas M, Cañas J, Torre M. Estudio de utilización de psicofármacos en el Centro Penitenciario de León. Análisis comparativo. *Rev Española Sanid Penit*. 23 de junio de 2001;3(3):Cañas.
19. Arnau F, García-Guerrero J, Benito A, Vera-Remartínez EJ, Baquero A, Haro G. Sociodemographic, Clinical, and Therapeutic Aspects of Penitentiary Psychiatric Consultation: Toward Integration Into the General Mental Health Services. *J Forensic Sci*. 2020;65(1):160-5.
20. Subdirección General Sanidad Penitenciaria. Curso RASUPSI 2024. Plan REDUCES
21. Bicknell M, Farmer D, Watson C, Royal College of General Practitioners Secure Environments Group. Safer Prescribing in Prisons. Londres; 2019.
22. Caravaca-Sánchez F, Falcón Romero M, Luna A. Prevalencia y predictores del consumo de sustancias psicoactivas entre varones en prisión. *Gac Sanit*. 2015;29(5):358-63.
23. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, Asociación Española de Neuropsiquiatría. Guía de Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas [Internet]. 2012 [citado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: https://ome-aen.org/files/libros/Libro_6.pdf
24. González Tejedor D. Estrategias de optimización terapéutica. *Rev Española Sanid Penit*. 2021;23(Supl.1):27-32.
25. Ana Azparren Andía; Isabel García Romero. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. abr-jun 2014;22(2).
26. Evoy KE, Sadrameli S, Contreras J, et al. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin: A Systematic Review Update. *Drugs*. 2021;81:125-56. <https://doi.org/10.1007/s40265-020-01432-7>
27. 12-19-2019 FDA Drug Safety Communication
28. Mariona Nadal Llover, Montse Coll Jiménez. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Volume 27, Issue 2, February 2020, Pages 88-95
29. https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2017/CADIME_BTA_32_02.pdf
30. Antón Basanta J, Hervás Leyva G, Ruiz Rodríguez F. Experiencia de deprescripción de psicofármacos en un centro tipo. *Rev Española Sanid Penit*. 2021;23(Supl.1):87.
31. Esteban Jiménez Ó, Arroyo Aníes MP, Vicens Caldentey C, González Rubio F, Hernández

Rodríguez MÁ, Sempere Manuel M. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina [Deprescribing to increase people health or when deprescribing could be the best pill]. *Aten Primaria*. 2018 Nov;50 Suppl 2(Suppl 2):70-

79. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.09.001. Epub 2018 Sep 29. PMID: 30279013; PMCID: PMC6837147.

32. Datos proporcionados por Dr. J.Joaquín Antón en la entrevista en profundidad para el Libro Blanco (9 de Junio de 2022).

Sábado 25 mayo 2024

MESA. INFECCIOSAS

Vacunación en grupos de riesgo

Sofía Victoria Casado Hoces

Enfermera del CP Madrid III-Valdemoro. Madrid.

RESUMEN

La vacunación es una estrategia útil para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociada a enfermedades infecciosas, como ha sido patente a lo largo de la historia, siendo su coste relativamente bajo. Proteger a grupos de riesgo es uno de los objetivos prioritarios de los programas de vacunación, siendo la estancia en prisión una oportunidad, que no debemos desaprovechar, para actualizar el calendario de vacunación de las personas que allí residen.

Es necesario conocer los objetivos de cobertura de vacunación establecidos por el Ministerio de Sanidad y sería deseable disponer de las coberturas conseguidas en los centros penitenciarios del territorio español para poder establecer estrategias de mejora. Dada la continua actualización de las recomendaciones en vacunación, es imprescindible la formación continuada de los profesionales implicados en el desarrollo de dichos programas. Además, es función de los sanitarios transmitir a la población información sobre vacunación actualizada y veraz, sin olvidar que para ser convincentes necesitamos estar convencidos de los beneficios de la vacunación.

Los profesionales de Enfermería tenemos por delante el reto de asumir el liderazgo en el programa de vacunación, que es uno de los más importantes que se desarrollan en instituciones penitenciarias.

INTRODUCCIÓN

La historia de las vacunas nos demuestra que son el método preventivo más eficaz contra enfermedades conocidas desde la Antigüedad y contra las denominadas enfermedades emergentes, que, siendo desconocidas, son capaces de provocar pandemias como la que hemos sufrido desde 2020¹.

La vacunación no solo es una estrategia útil respecto a la disminución de la morbilidad y la mortalidad producidas por enfermedades infecciosas, sino que es muy rentable siendo su coste relativamente bajo si lo comparamos con el gasto que supone el tratamiento de las enfermedades².

HISTORIA DE LA VACUNACIÓN EN ESPAÑA

En España, el inicio de la utilización de vacunas de forma generalizada se sitúa en 1906 con la vacunación obligatoria frente a la viruela. En 1943, y también de forma obligatoria, se empieza a vacunar frente a la difteria. Pero los programas de vacunación no se inician hasta 1963 con las campañas masivas de vacunación frente a la poliomielitis³. El primer calendario de vacunación infantil como tal se implantó en 1975 y estuvo vigente hasta 1980, año en que se declaró la erradicación de la viruela.

La Ley General de Sanidad de 1986 configuró el Sistema Nacional de Salud Español como el con-

junto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA). En los 80 y 90 se produjo el proceso de descentralización sanitaria con el traspaso de las competencias en materia de sanidad a las CCAA⁴. Esto dio lugar a la existencia de 19 diferentes calendarios vacunales en el territorio español. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó un calendario vacunal infantil único para toda España de aplicación a partir del 1 de enero de 2014.

En el año 2019 entró en vigor el primer calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida⁵, poniendo en valor la importancia de la vacunación en determinadas situaciones de especial vulnerabilidad como la gestación o la ancianidad.

En el 2023 se incluye en el calendario el anticuerpo monoclonal nirsevimab que proporciona inmunidad pasiva frente al virus respiratorio sincitial (VRS) responsable de bronquiolitis y neumonías, indicado para todos los menores de 6 meses de edad, para los prematuros de menos de 35 semanas hasta los 12 meses

y para los menores que pertenecen a grupos de riesgo hasta los 24 meses⁶.

EMBARAZO

En el embarazo se producen cambios fisiológicos que suponen la adaptación del sistema inmune para favorecer la viabilidad en la implantación fetal⁷, esto explica la subóptima respuesta de las gestantes frente a ciertas infecciones virales. Ello da lugar a la recomendación de vacunar frente a gripe y COVID durante la campaña anual⁸. De igual forma, para proteger al neonato contra la tosferina, se recomienda administrar a la gestante en cada embarazo una dosis de tétanos-difteria-tosferina acelular (Tdpa) entre las semanas 27 a 32, preferentemente en las semanas 27 y 28⁸, periodo en el que se consigue una mayor transferencia de anticuerpos maternos al feto (Figura 1). En el embarazo están contraindicadas las vacunas atenuadas, pero el resto de las vacunas del calendario se podrían administrar si hay riesgo de contagio.

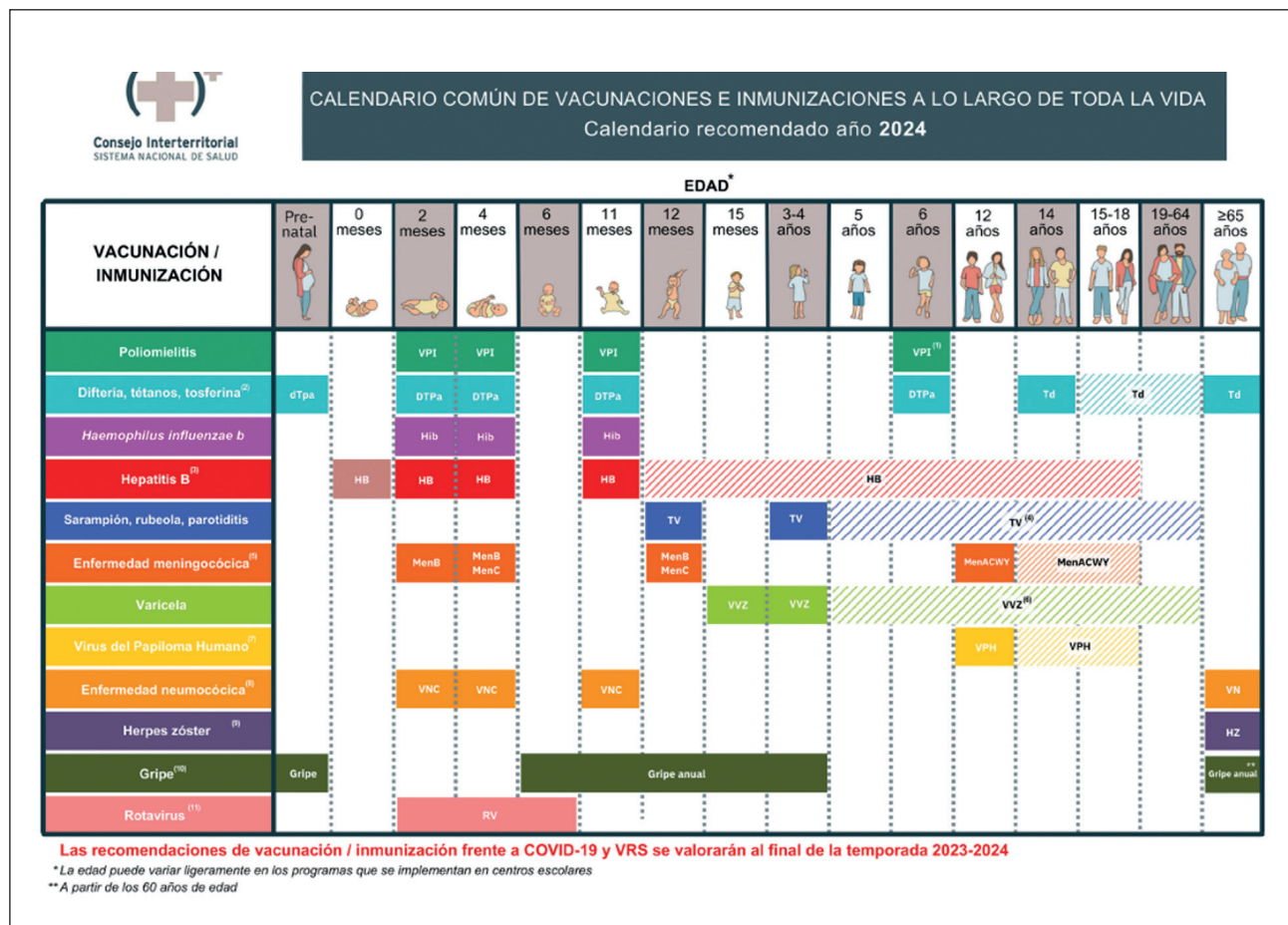


Figura 1. Calendario común de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida 2024⁸.

PONENCIAS.

Ponencias y comunicaciones del XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas de la SESP Vitoria-Gasteiz, 23, 24 y 25 de mayo de 2024 – www.congresosesp.es.

ANCIANIDAD


El envejecimiento provoca un deterioro del sistema inmunitario conocido como inmunosenescencia, que afecta a la defensa contra las infecciones. Por ello, se recomienda a las personas de 65 o más años la administración de una dosis de recuerdo de vacuna antitetanos-difteria (Td), una dosis de vacuna antineumocócica y 2 dosis contra el herpes zóster (HZ) separadas entre sí un mínimo de 8 semanas, además de las vacunas de gripe y COVID⁸ (Figura 1).

Varias son la CCAA que adelantan la administración de vacunas como la antineumocócica a los 60 años en lugar de a los 65, como por ejemplo Andalucía⁹ o Madrid¹⁰. En Madrid también se adelanta a los

60 años la administración de la vacuna antitetánica. Además, en algunas CCAA se administra la vacuna conjugada 13 valente y en otras la 20 valente¹¹.

VACUNAS INFANTILES

Las últimas vacunas infantiles incluidas en el calendario en 2023¹² fueron la vacuna contra el meningococo B a los 2, 4 y 12 meses, la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en varones a los 12 años y la vacuna antigripal en el grupo de 6 a 59 meses de edad. En el calendario de 2024 se introduce además la recomendación de vacunación frente al rotavirus para todos los lactantes a partir de las 6 semanas de vida⁸ (Figura 1).



Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
TEMA NACIONAL DE SALUD

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
VACUNACIÓN ESPECÍFICA EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS) CON CONDICIONES DE RIESGO*
Calendario recomendado año 2024

VACUNACIÓN	CONDICIÓN DE RIESGO										
	Embarazo	Inmunodepresión (excepto VIH)	Infección por VIH		Asplenia, deficiencias complementarias y tratamiento con eculizumab o ravulizumab	Enfermedad renal crónica avanzada y hemodíalisis	Enfermedad cardiovascular y respiratoria crónicas	Enfermedad hepática y alcoholismo crónico	Personal sanitario	Tabaquismo	Hombres que tienen sexo con hombres
	CD4 <200/μl	CD4 ≥200/μl									
Difteria, tétanos, tosferina ¹	dTpa	Td si susceptible o vacunación incompleta; dTpa en TOS y cáncer/hemopatías malignas									
Haemophilus influenzae b ²					Hib						
Sarampión, rubéola, parotiditis ³	Contraindicada			TV si susceptible							
Hepatitis B ⁴			HB		HB ^(*)		HB	HB		HB	
Hepatitis A ⁵			HA				HA			HA	
Enfermedad meningocócica ⁶			MenACWY		MenACWY MenB						
Varicela ⁷	Contraindicada			VVZ si susceptible							
Herpes zóster ⁸		HZ/su									
Virus del Papiloma Humano ⁹			VPH							VPH	
Enfermedad neumocócica ¹⁰		VN									
Gripe ¹¹	Gripe		Gripe anual								

^(*) Se utilizará vacuna de alta carga antigénica o específica para diálisis y prediálisis. Revisión serológica y revacunación cuando sea necesario.
* Las recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 se valorarán al final de la temporada 2023-2024.

Recomendación específica por patología o condición
 Contraindicada

Recomendación general
 No recomendada

Figura 2. Calendario de vacunación específica en personas adultas con condiciones de riesgo 2024¹³.

VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

Las recomendaciones publicadas por el CISNS suponen un calendario de mínimos que tienen que cumplir todas las CCAA dentro de los plazos establecidos, habiendo algunas que ofrecen mayores coberturas.

Inmunodepresión

En el caso de inmunodepresión están contraindicadas las vacunas atenuadas (triple vírica y varicela) y se recomienda administrar la vacuna antigripal anualmente, la antineumocócica y 2 dosis de la vacuna frente a HZ con un intervalo de 2 meses¹³ (Figura 2).

Inmunodepresión debida a infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Las vacunas atenuadas se podrían administrar en personas sin evidencia de inmunidad previa, cuando la cifra de CD4 supere las 200 copias/ μ l. Se recomienda estudio serológico previo (IgG para sarampión y varicela en ambos sexos, además IgG para rubeola en mujeres en edad fértil)¹⁴.

Se recomienda vacunar de hepatitis B (HB), en caso de marcadores serológicos negativos (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc), con la pauta 0-1-6 meses si no hay inmunodepresión¹³. En caso de inmunodepresión, se recomienda la vacuna de alta carga (40 μ g) o adyuvada (AS04) con pauta 0-1-2-6 meses. Se debe realizar serología postvacunal a las 4-8 semanas de la última dosis. En los individuos que no seroconviertan se recomienda repetir la vacunación con tres dosis adicionales a intervalos mensuales de vacuna adyuvada (AS04) o con alta carga (40 μ g)¹⁴. En personas no respondedoras, en caso de una exposición al virus, se deberá administrar inmunoglobulina específica¹³.

Cuando el anti-HBc es el único marcador positivo, hay posibilidad de reactivación de la infección oculta por el virus de HB. Estaría indicado hacer un test de ADN para dicho virus y, en caso negativo, revacunar con control serológico posterior¹⁴.

También se recomienda administrar a las personas con infección por VIH la vacuna de hepatitis A según la cifra de CD4; en pauta 0-6 si es superior a 350 copias/ μ l, en pauta 0-1-6 si es inferior. Se recomienda la vacuna monovalente en personas con VIH frente a la combinada A+B, ya que produce mayor respuesta.

Otras vacunas indicadas son la antineumocócica, la antigripal, la antimeningocócica ACWY en dos dosis y la vacuna frente a HZ también en

2 dosis, ambas con un intervalo de 2 meses. Por último, se recomienda administrar hasta los 45 años de edad la vacuna frente al VPH en pauta 0,1-2 y 6¹³ (Figura 2).

Asplenia, déficit de complemento y tratamiento con eculizumab o ravulizumab

En estos casos se recomienda una dosis de la vacuna contra el haemophilus influenzae b y 2 dosis de las vacunas contra el meningococo B y el tetravalente (ACWY) separadas 2 meses, además de vacunación contra la gripe y el neumococo¹³ (Figura 2).

Trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos

En el caso de trasplante de órgano sólido se recomienda específicamente la vacunación contra el HZ y el VPH, este último hasta los 45 años de edad¹³. En caso de receptores de progenitores hematopoyéticos, además de las anteriores están indicadas las vacunas contra el meningococo B y ACWY¹³ (Figura 2).

Enfermedad renal crónica avanzada y hemodiálisis

Se recomienda vacunar contra HB, tras realizar marcadores serológicos, con la vacuna adyuvada (AS04) en pauta 0, 1, 2, 6 meses o con la vacuna de alta carga antigénica (40 μ g) en pauta 0-1-6 meses con seguimiento serológico posterior. Además, se recomienda vacunación de gripe y neumococo¹³ (Figura 2).

Otras enfermedades crónicas

En el caso de la enfermedad cardiovascular y respiratoria crónica, están indicadas de forma específica las vacunas frente a neumococo y gripe¹³.

En el caso de alcoholismo y enfermedad hepática crónica, además de las vacunas anteriormente mencionadas se recomiendan las vacunas frente a la hepatitis A y B¹³.

En el caso de la diabetes *mellitus*, está indicado vacunar contra la gripe, el neumococo y la hepatitis B.

Otras condiciones de riesgo

En el caso del tabaquismo, se recomienda específicamente la vacunación frente a gripe¹³.

Tanto en el caso de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), como en personas que ejercen la prostitución, están indicadas las vacunas de hepatitis A y B, además de 2 dosis de la del VPH, esta última solo hasta los 25 años de edad¹³.

En mujeres que hayan recibido cualquier tratamiento por lesión intraepitelial de alto grado en cér-

vix, se recomienda la administración de 3 dosis de la vacuna del VPH sin límite edad¹³.

CALENDARIOS VACUNALES EN PAÍSES EXTRANJEROS

Según datos de la Estadística Penitenciaria de febrero de 2024, hay un 31,2% de personas procedentes de países extranjeros que cumplen penas privativas de libertad en centros penitenciarios españoles¹⁵.

Solo en la Unión Europea podemos encontrar 3 países (Finlandia, Hungría e Islandia) que no incluyen la vacuna frente a la hepatitis B como parte de su calendario de vacunación sistemática, 15 países que

Tabla 1. Calendario acelerado de vacunación para personas mayores de 18 años, CISNS 2023¹⁸.

Vacuna	Meses contados a partir de la primera visita			
	0 (1ª visita)	1 mes	6 meses	8 meses
TV ¹	TV	TV		
Td ²	Td	Td		Td ²
VPI ³	VPI	VPI		VPI
HB ⁴	HB	HB	HB	
VVZ ⁵	VVZ	VVZ		

Nota. ¹TV: Se recomienda la vacunación en personas nacidas en España a partir 1970 sin historia de vacunación documentada y en personas no nacidas en España y sin documentación de vacunación previa. Se administrarán dos dosis de TV con un intervalo de al menos cuatro semanas entre dosis. En caso de haberse administrado una dosis con anterioridad, se administrará una sola dosis, independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración previa.

²Td: La 3ª dosis se debe administrar entre 6-12 meses de la segunda dosis. Dosis de recuerdo hasta 5 dosis en total o a lo largo de toda la vida. Tras primovacunación (tres dosis), dos dosis de recuerdo separadas 10 años (mínimo 1 año tras primovacunación y entre dosis de recuerdo).

³VPI: Primovacunación con tres dosis para personas adultas no vacunadas procedentes de países con circulación de virus salvaje. Una dosis para países en los que han circulado virus derivados de la vacuna y países con riesgo de reintroducción (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>).

⁴HB: En personas de grupos de riesgo y en inmigrantes sin historia documentada de HB que procedan de países de alta endemia, se recomienda la realización de marcadores serológicos (AgHBs, anti-HBs y anti-HBc). En caso de resultado negativo se recomienda vacunación con 3 dosis de HB en las personas con riesgo de infección por VHB.

⁵VVZ: Se realizará serología de varicela (IgG) si no presenta antecedentes de enfermedad ni se ha vacunado con dos dosis. En caso de antecedente de 1 dosis, se administrará la 2ª dosis.

no vacunan frente a la varicela y 10 que no lo hacen frente a meningococo¹⁶. Esto unido a la sobrerrepresentación de grupos vulnerables dentro en el medio penitenciario¹⁷, justifica la importancia de conseguir información sobre vacunas recibidas y enfermedades padecidas cuando una persona ingresa en prisión, para iniciar o completar las pautas de vacunación según el calendario acelerado vigente (Tabla 1)¹⁸.

COBERTURAS VACUNALES EN ESPAÑA

Según los datos del Ministerio de Sanidad en su última actualización en 2022, las coberturas vacunales infantiles son excelentes¹⁹. Las coberturas de vacunación frente a dTpa en embarazadas se mantienen altas en el año 2022, aunque la tendencia respecto de años anteriores es descendente¹⁹. En el grupo de personas de 65 o más años hay un ligero descenso en la cobertura de la vacuna antigripal, aunque continúa por encima de la registrada antes de la pandemia¹⁹. En personal sanitario, se observa una importante caída en las cifras de vacunación antigripal respecto a las temporadas 2020-2021 y 2021-2022¹⁹.

Objetivos vacunales para 2025

El Ministerio de Sanidad publicó en 2023 los objetivos a alcanzar por los programas de vacunación en 2025²⁰. Estos incluyen coberturas superiores al 95% para las vacunas infantiles; al 85% en la vacuna dTpa administrada a gestantes; al 75% en las vacunas frente a Td, neumococo y antigripal en mayores de 65 años; coberturas superiores al 75% en vacuna antigripal en gestantes y personal sanitario y superiores al 50% para la vacuna frente al HZ en mayores de 65 años.

Coberturas vacunales en instituciones penitenciarias

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, publica anualmente un Informe General en el que se detallan las dosis totales administradas de cada vacuna y también la cobertura general de gripe²¹. Sería deseable mejorar dichas estadísticas para disponer de las coberturas específicas de cada vacuna, sobre todo en los grupos de riesgo.

Igualmente sería deseable que las CC AA que tienen competencias en Sanidad Penitenciaria publicaran los datos de sus coberturas vacunales. Conocer dicha información es el primer paso para establecer estrategias de mejora.

Profesionales y vacunación

Múltiples estudios señalan a los profesionales de la salud como la fuente de información más importante y fiable para los ciudadanos en materia de vacunación²²⁻²⁴. Además, los profesionales debemos ser ejemplo de comportamiento. Para ser convincentes debemos estar convencidos de los beneficios de la vacunación²⁵.

El buen resultado de un programa de vacunación requiere que los profesionales que lo desarrollan conozcan los aspectos básicos de las sustancias biológicas que manejan y estén adecuadamente informados sobre pautas, dosis, vías de administración, interacciones, contraindicaciones y efectos adversos³. Por ello, la formación continuada es imprescindible.

La Enfermería es una pieza clave en la gestión y el desarrollo de los programas de vacunación, como ha quedado patente tras la epidemia de COVID-19. Los profesionales de Enfermería tenemos por delante el reto de asumir el liderazgo en la vacunación, que es uno de los programas de salud más importantes dentro de las Instituciones Penitenciarias.

CONCLUSIÓN

La vacunación no solo salva vidas, sino que mejora la calidad de vida de la población, suponiendo, además, un importante ahorro para el sistema sanitario. Las vacunas de las que disponemos en la actualidad son seguras y efectivas, siendo responsabilidad de los profesionales sanitarios transmitir esta idea a la población. Ello es especialmente relevante en el caso de comunidades cerradas, donde la diseminación de los brotes infecciosos puede ser mayor.

La vacunación es un derecho básico del que no se puede privar a las personas que residen en los centros penitenciarios; además, no se debe olvidar que el internamiento en prisión es una oportunidad para revisar el estado vacunal de grupos poblacionales especialmente vulnerables, que cuando están en libertad no suelen acudir a los servicios sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez-Sarmiento MM, Campillo NE, Cañelles M. ¿Qué sabemos de las vacunas? CSIC. Madrid; 2022.
2. Soler-Soneira M, Olmedo-Luceron C, Sánchez-Cambronero-Cejudo L, Cantro-Gudino E, Liria-Sánchez A. El coste de vacunar a lo largo de toda la vida en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; Vol. 94: 11 de febrero e1-12. DOI: 10.4321/S1135-57272020000100016
3. Arrazola- Martínez MP, Juanes-Pardo JR, García de Codes-Ilario A. Conceptos generales. Calendarios de vacunación sistemática del niño y del adulto en España. Impacto de los programas de vacunación. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2015;33(1):58–65 <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2014.12.001>.
4. Traspaso de competencias en materia de sanidad de la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. [Consultado el 1/4/24] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/ccaa/home.htm>
5. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2019. [Consultado el 21/04/2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida_2019.pdf
6. Recomendaciones de utilización de nirsevimab frente a virus respiratorio sincitial para la temporada 2023-2024. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2023. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. [Consultado el 1/04/24]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Nirsevimab.pdf>
7. Armenta-Martínez OA, Espinosa-Villaseñor N, Arroyo-Kuribreña JC, Soto-Vega E. Modulación de la respuesta inmunológica en el embarazo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2011, 37(2):277-287
8. Calendario común de vacunaciones e inmunizaciones a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2024 [Consultado el 21/4/2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
9. Calendario de vacunación en Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. [Consultado el 1/4/24]. Disponible en: <https://www.andavac.es/calendario-vacunaciones/>
10. Calendario de Vacunación en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. [Consultado el 1/4/24]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/calendario_de_vacunacion_a_lo_largo_de_la_vida_2023_cartel.pdf
11. Calendarios de vacunación de las Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. [Consultado el 16/04/24] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion->

- Prevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/calendario/Calendario_CCAA.htm
12. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2023 [Consultado el 21/4/2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida_2023.pdf
 13. Vacunación específica en personas adultas con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2024. [Consultado el 15/4/2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf
 14. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018. [Consultada 15/4/24]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf
 15. Estadística Penitenciaria Mensual Febrero 2024. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Gobierno de España. [Consultada el 15/4/24] Disponible en: <https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/1167174/FEBRERO+2024.pdf/ee1338ae-de10-6eee-26db-97062ce7b5f3?version=1.1>
 16. European Centre for Diseases Prevention and Control. Vaccine scheduler. [Consultado el 15/4/2024] Disponible en: <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/>
 17. Armenteros-López B, Blanco-Quiroga AE, Casado-Hoces SV, Garcés-Pina E, González-Gómez JA, Martínez-Delgado M, et al. Programa de vacunación en prisiones: impacto del virus SARS-CoV-2 y retos de futuro. *Rev. esp. sanid. penit*; 26(1): 35-43, Ene-Abr. 2024.
 18. Calendario acelerado de vacunaciones. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 12 julio 2023. [Consultada 15/4/24]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/Calendario_Acelerado_Vacunaciones.pdf
 19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Análisis de resultados coberturas de vacunación. 2022. [Consultado el 15/04/2024] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/docs/Resumencoberturasvacunacion2022.pdf>
 20. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Objetivos de los programas de vacunación. 2023. [Consultado el 16/4/24] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/docs/Objetivos_vacunacion_2025.pdf
 21. Informe General 2022. Secretaría General Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Gobierno de España. [Consultada 15/4/24]. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/es/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/>
 22. Alfredsson R, Svensson E, Trollfors B, Borres MP. Why do parents hesitate to vaccinate their children against measles, mumps and rubella? *Acta Paediatr.* 2004, 93(9):1232-7.
 23. Atkinson W, et al. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases.* Washington D.C.: Public Health Foundation; 2006.
 24. Austin H, Champion-Smith C, Thomas S, Ward W. Parents' difficulties with decisions about childhood immunisation. *Community Pract.* 2008; 81(10):32-5.
 25. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Stockholm: ECDC; 2016. [Consultado el 16/4/24] Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf>

Importancia de seguimiento enfermero en pacientes tratados con antipsicótico inyectable en el Centro Penitenciario de Álava

Sergio Castillejo Serrano, César Marrodán Navaz, Laura Plaza Salazar, Patricia Santamaría Cantera, Juan Elizondo Pérez de Albéniz, María Jesús Pérez de Arenaza Iturrospe

Centro de Salud (CSM) de Zaballa. Álava.

Introducción: El uso de los antipsicóticos inyectables supone una estrategia implementada en el CP Álava desde la búsqueda de la estabilización psicopatológica en presos afectados por diferentes patologías psiquiátricas como son: esquizofrenia (F.20), trastorno bipolar (F.31) y trastorno de la personalidad (F.61).

Objetivos: Contrastar la hipótesis: el seguimiento por parte de enfermería de salud mental en el CSM Zaballa a través de la consulta programada en el CP Álava en los pacientes bajo tratamiento antipsicótico inyectable propicia el mantenimiento de la estabilidad psicopatológica.

Métodos: Análisis retrospectivo del seguimiento en pacientes bajo tratamiento antipsicótico inyectable seguidos por el equipo de enfermería de salud mental durante el año 2023.

Desarrollo: Muestra de 24 pacientes que se encuentran bajo tratamiento inyectable, 15 con paliperidona, 6 con aripiprazol, 2 risperidona, 1 zuclopentixol. La cantidad de pacientes diferenciada por sexos es de 18 hombres y 4 mujeres. Con una muestra de 24 pacientes, 15 realizaron seguimiento durante el año entero, 5 durante más de 6 meses y 4 durante menos de 6 meses. En los casos en los que las administraciones de tratamiento son de manera trimestral o bianual se realiza una consulta de enfermería de control en mitad de este periodo. En 1 caso se realizó el cambio de tratamiento inyectable mensual a trimestral y en 3 casos se realizó el cambio de tratamiento trimestral a bianual. Dentro de la consulta de seguimiento se realiza: control de ctes vitales y peso de manera mensual, analítica de sangre bianual y electrocardiograma anual por riesgo de síndrome metabólico. Valoración de indicadores de resultados de enfermería en cada consulta de enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería siguiendo en la mayoría de los casos los diagnósticos NANDA: Riesgos Adversos y Gestión Ineficaz de la Salud.

Conclusiones: Durante el año 2023 no se han producido desestabilizaciones psicopatológicas entre los 24 pacientes que han seguido el tratamiento analizado en este estudio. Se puede establecer una relación positiva entre aplicar un tratamiento inyectable y a su vez realizar un seguimiento en consultas por el equipo de enfermería de salud mental en lo que a la estabilidad psicopatológica se refiere.

Discusión: La pérdida de paciente por conducciones supone una ruptura del seguimiento por tanto de la relación terapéutica siendo esto un factor de riesgo para la adherencia al tratamiento y la consecuente estabilidad psicopatológica. De los 4 casos seguidos durante menos de 6 meses, en 2 casos la pérdida de seguimiento ha sido por conducción a otros CP.

Enfoque holístico del dolor y la actividad física. Grupo entre iguales

Sonia Fraile Alonso, Andrea Robredo Manuel, Eloína Mallada García

Centro Penitenciario Mansilla de Las Mulas. León

Introducción: El dolor crónico es una sensación desagradable, generalmente que va asociado a daño tisular real o potencial. Muchas veces no es exclusivamente sensorial, a veces puede ser emocional o social.

Objetivos:

- General: Investigar la experiencia de apoyo entre iguales en los grupos referidos con el dolor crónico.
- Específicos: Describir las experiencias del grupo durante el proceso de afrontamiento de su dolor crónico y prácticamente de actividad física.
- Indagar los perjuicios o beneficios desde el punto de vista psicológico, físico y social de los internos en el centro penitenciario.

Métodos: Orientación interpretativa y participativa. Observación de dos grupos entre iguales Estudio cualitativo, enfoque etnográfico.

Resultados: Reducción significativa del dolor crónico en el grupo que participó en programas de ejercicios físico regular, el grupo experimentó una disminución en la percepción del dolor y una mejora en el estado de ánimo con la práctica regular de la relajación y respiración consciente, mejorando la gestión del estrés y la ansiedad, factores que suelen estar asociados con el dolor crónico, produciendo un incremento en la sensación de conexión y apoyo emocional entre los pacientes. El impacto de los juegos de retos promovió la distracción y la participación activa lo que llevó a una reducción temporal del dolor durante y después de las sesiones. Estímulo de la creatividad y el trabajo en equipo entre los participantes. La realización de actividades como ejercicio físico, abrazos, juegos retos, relajación han sido satisfactorias, ya que libera endorfinas y reduce el estrés, produce distracción y atención plena, conexión social, apoyo emocional, relajación muscular y reducción de la tensión. En resumen, estas intervenciones proporcionan un enfoque holístico para el manejo del dolor crónico al abordar tantos aspectos físicos como emocionales de la experiencia del dolor, lo que conduce a resultados óptimos en la mejora del bienestar y la calidad de vida de los participantes.

Conclusiones: El grupo entre iguales ayuda a mejorar destrezas, en el tratamiento del dolor crónico y la actividad física favoreciendo actitudes positivas y reforzamiento para mejorar acontecimientos y quejas continuas de dolor, restando impedimentos físicos, psico y sociales de los internos manifestando una mayor calidad de vida, así como satisfacción del paciente. Demostramos así que la diversidad de intervenciones que pueden ser efectivas en el manejo del dolor crónico dentro de un contexto de grupo entre iguales, abriendo nuevas perspectivas para el tratamiento integral de esta condición.

Estudio descriptivo de la patología mental en la población penitenciaria del centro penitenciario de Zaragoza

Rebeca Llopis Lamban, Raquel Sánchez Recio, Marta Cerdán Bernad

Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.

Introducción: La prevalencia de patología mental en prisiones es cada vez mayor. El manejo de estos pacientes supone un reto por falta de profesionales y la institucionalización.

Objetivo: Describir la prevalencia de patologías mentales en población penitenciaria del CP Zuera.

Métodos: Estudio descriptivo transversal septiembre 2023. La población estudiada fueron los/as internos/as que se encontraban en tratamiento activo con psicofármacos, durante el estudio.

Los diagnósticos clínicos fueron recogidos de la Historia Clínica y se agruparon según el capítulo V y VI de la clasificación CIE-10. Los análisis se realizaron estratificados: sexo (hombre/mujer), grupos de edad, nacionalidad (nacionales/extranjeros) y reincidencia (primarios/reincidentes).

Para variables cuantitativas se calcularon media y desviación típica, para variables cualitativas frecuencia y rango intercuartílico.

Para este análisis se utilizaron la prueba t de student para variables cuantitativas y Chi² para cualitativas.

Se solicitó el consentimiento informado de las personas participantes. Se obtuvieron los permisos de la Dirección del CP y Secretaría General de IIPP. Este estudio se aprobó por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) C.P.C.I, EPA23-033.

Resultados: El grupo de patología más frecuente en ambos sexos fueron los trastornos neuróticos (47% hombres y 55,3% mujeres) (p: 0,322), seguido de trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicoactivas (35,4% hombres y 23,7% mujeres) (0,143), en tercer lugar, trastorno de la personalidad (5,4% hombres y 5,3% mujeres) (p: 980).

Según nacionalidades, prevaleció el trastorno neurótico (42,9% nacionales y 56% extranjeros) (p: 0,004) en hombres y (54,5% nacionales y 60% extranjeros) (p: 0,819) en mujeres, seguido por trastornos mentales por consumo de sustancias, en hombres (39% nacionales y 27,4% extranjeros) (p: 0,008) y (24,2% nacionales y 20,0% extranjeros) (p: 0,835) en mujeres.

Según la reincidencia, existen diferencias significativas, el diagnóstico predominante en primarios fue el trastorno neurótico (50% primarios y 39,4% reincidentes) (p: <0,001) frente a reincidentes que imperó el trastorno debido al consumo de sustancias (30,6% primarios, 46,7% reincidentes) (p: 0,020).

Conclusión: Se constata una alta prevalencia de trastornos mentales en prisiones. Los trastornos ansiosos son los más prevalentes, lo que los convierte en un grave problema de salud pública presentando comorbilidad con los trastornos por abuso de sustancias. La falta de personal facultativo en los centros penitenciarios supone un retraso en los diagnósticos médicos e imposibilidad de tratamiento adecuado y oportuno. La enfermería tiene un papel clave dentro de prisiones. Es la encargada de la administración del tratamiento y tiene la capacidad de establecer una relación cercana y de confianza con los pacientes, ayudándolos a aceptar y convivir con su enfermedad. Es fundamental para detectar cambios en el comportamiento de los pacientes e identificar situaciones de riesgo.

Correlatos de consumo de cannabis dentro del medio penitenciario

Juan Elizondo Pérez de Albéniz, Patricia Santamaría Cantera, Laura Plaza Salazar, Sergio Castillejo Serrano, César Marrodan Navaz, Iosune Pérez de Arenaza Iturrospe

Centro de Salud de Zaballa CP. Red de salud mental de Álava.

Objetivos:

- Analizar el impacto del cannabis en los centros penitenciarios (CP).
 - Evaluar las consecuencias de su consumo a nivel sanitario y regimental.
 - Explorar los beneficios de su regulación en CP.
- Profundizar en el uso de cannabinoides sintéticos en este ámbito.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Medline y Psycinfo), Google Académico, Revista Española de Sanidad Penitenciaria y SciELO. Se combinaron empleando los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Limitadores de búsqueda: fecha de publicación (2010-2022), fuentes primarias y secundarias, idioma (español e inglés) y población (adultos en prisión).

Resultados: Se han incluido 12 publicaciones. Los resultados se han dividido en subcategorías:

- Efectos perjudiciales
 - Es notable la relación entre consumo de cannabinoides y psicosis, así como otros síntomas psiquiátricos o dificultades cognitivas.
 - En personas marginales, el apoyo social percibido está correlacionado de forma inversa con el consumo de cannabis.
 - El 59,6% de hombres y el 72,9% de mujeres con trastorno por uso de cannabis, tienen algún diagnóstico de salud mental asociado.
 - En la población adolescente arrestada en EEUU, el riesgo de haber consumido THC es 3,5 más alto que en el resto de población.
- Efectos beneficiosos subjetivos
 - Debido al ambiente penitenciario, el uso de cannabis se describe tanto en internos como en funcionarios.
 - Razones subjetivas por las que se consume THC: alivio del estrés, paliar el insomnio o prevenir conductas violentas o uso de otras sustancias más lesivas. Ciertos sujetos prefieren el uso de THC antes que un tratamiento farmacológico.
- Nuevas sustancias psicoactivas (NPS)
 - Las NPS, como los cannabinoides sintéticos, están en auge. En CP la detección es más compleja, por lo que se subestima su uso.
 - El 2,3% de hombres y 1,1% de las mujeres lo consume en libertad; y el 0,5% y 0,1% respectivamente, en prisión.
 - Motivaciones para su uso: la automedicación, la evasión o la percepción de que el tiempo pasa más rápido.

Conclusiones: Los efectos perjudiciales del cannabis están más que contrastados, aunque es importante tener en cuenta el contexto (en este caso, el medio penitenciario) en el que se producen y poner en valor la literatura que se ha desarrollado que versan sobre los beneficios subjetivos que las personas privadas de libertad manifiestan.

Un modelo de intervención para abordar esta problemática es la reducción de daños, creando espacios seguros de consumo o programas de dispensación de cannabinoides.

Palabras clave: cannabis; cannabis use; cannabis abuse; mental health; prisons; jail; incarceration.

Proyecto de intervención en deshabituación tabáquica

M. José Diáñez Villabona

Centre Penitenciari de Ponent. Lleida.

Objetivos:

- Conocer la prevalencia del hábito tabáquico y otros factores de riesgo del síndrome metabólico describiendo la importancia del problema por edad y sexo, así como su repercusión en la salud mental y física de dichos internos.
- Conocer al interno y posibilidades de dejar el hábito tabáquico.
- Motivar al personal mediante formación de horas para conocer la importancia de dejar el hábito tabáquico y formas de conseguirlo.
- Evitar muchos problemas en reclusos: a nivel físico por adicción de tabaco: EPOC, bronquitis aguda y crónica; cardiovasculares como psíquico no disponer de dinero para comprar tabaco provocando descontrol de impulsos sustituyendo una adicción nociva por otra que puede reportar un beneficio.

Métodos: Se realiza un estudio multicéntrico transversal de febrero de 2023 a febrero de 2024 tomando una población reclusa de 700 internos de un centro penitenciario mediante análisis de las historias clínicas del ep.cap y un estudio cualitativo pasando un cuestionario semiestructurado observando la motivación para dejar de fumar y la adherencia a tratamiento con fármacos y con sustituto adictivo como el juego de azar.

Se realizaron algunas charlas de motivación y un curso para dejar de fumar.

Análisis estadístico: multivariante de prevalencia de la parte cuantitativa y un análisis cualitativo.

Resultados: Se obtuvo una diferencia entre sexos, más hombres que mujeres con una media de edad de 50 años.

- Se observó una prevalencia de diabetes: 1/30 mujeres: 278/670 hombres.
- Una prevalencia de tabaquismo en mujeres del 80%, hombres 85%.
- Dislipemia hombres 40%, mujeres 30%.
- Hipertensión 12/100 o 84/700.
- Se mostraron motivados el 95% de los profesionales.

De los que han dejado el hábito, 30% posteriormente reinciden y se observa que un 20% lo han sustituido por antidepressivo, 60% parches y 20% por juego de azar. Siendo más fácil de dejar el cigarro de la noche. De los internos que presentaron adicción al juego de azar sustituyendo a tabaco con la posibilidad de tener un ingreso extra.

Manifestaron un 12% de disminución de bronquitis, de disminución de EPOC 12%, de diabetes 2% sin pasar espirómetro.

Solicitaron la admisión al curso 500 internos.

Conclusiones: Es efectivo sustituir el hábito de tabaco por otra adicción ya que comporta disminución de patologías y les motiva psicológicamente por el beneficio obtenido. Viendo los riesgos que comportaba para su salud el tabaco es preferible una adicción menos agresiva como los parches o los juegos de azar.

Análisis de pacientes con diagnóstico de TDAH en el medio penitenciario

Víctor González Reina¹, Neus Bacardit García¹, Salvador Carbonell Bassó¹,
Núria María López Fernández¹, Carlos Touzón López², Verónica Paredes
Roselló², Meritxell Viladrich Canudas¹, Aurea Autet Puig¹

¹Divisió de Salut Mental d'Adults. Althaia–Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa. Barcelona.

²Equip d'Atenció Primària Penitenciari Sant Joan de Vilatorrada. Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) de un centro penitenciario teniendo en cuenta prevalencia, adherencia al tratamiento y comorbilidad con otros trastornos mentales.

Métodos: Estudio descriptivo sobre una población diagnosticada de TDAH en un centro penitenciario. Muestra no probabilística deliberada de 83 pacientes masculinos diagnosticados durante el año 2023. Los datos son obtenidos durante la entrevista clínica, pruebas de evaluación objetiva y revisión de historia clínica de los pacientes seleccionados según criterios diagnósticos del DSM-V.

Resultados: La prevalencia de pacientes diagnosticados de TDAH dentro del centro penitenciario de estudio es del 10,64%.

El 53% de los pacientes diagnosticados de TDAH toman tratamiento farmacológico en el momento del estudio, de los cuales, el 72,7% mantiene una buena adherencia al tratamiento.

El 20,48% de los pacientes diagnosticados de TDAH presentan comorbilidad con un trastorno mental severo (64,7% con trastorno límite de la personalidad, 11,76% con trastorno esquizoafectivo, 11,76% con esquizofrenia paranoide).

Por otro lado, el 24,1% de los pacientes diagnosticados de TDAH tienen una discapacidad intelectual (55% leve, 45% límite).

El 54,21% también presentan diagnósticos de trastorno de personalidad con predominio del clúster B.

El 96,38% de los pacientes diagnosticados de TDAH han tenido o tienen problemas con el consumo de sustancias tóxicas, principalmente de cocaína combinada con alcohol.

Conclusiones: Se detecta una elevada prevalencia de pacientes con TDAH en el medio penitenciario en comparación a la población general, aunque estudios previos reportan cifras superiores. Se estima que esta prevalencia podría estar inframagnificada por las dificultades de detección en este medio, la reticencia a ser atendido por un servicio de salud mental, y que la sintomatología propia del trastorno puede estar encubierta por los síntomas de otros trastornos que cursan paralelamente. Así mismo, el perfil del TDAH en el medio penitenciario presenta una mayor complejidad por su comorbilidad con otros trastornos de salud mental, consumo de sustancias y un bajo funcionamiento intelectual, que suelen requerir una atención más intensa y frecuente por parte de recursos especializados en salud mental para mantener un funcionamiento general óptimo.

Perfil de las conductas autolesivas en el medio penitenciario y su relación con experiencias de violencia sexual infantil

Neus Bacardit García¹, Núria María López Fernández¹, Xavier Raso-Domínguez², Salvador Carbonell Bassó¹, Víctor González Reina¹, Verònica Paredes Roselló³, Carlos Touzón López³, Meritxell Viladrich Canudas¹, Àurea Autet Puig¹

¹Divisió de Salut Mental d'Adults. Althaia–Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa. Barcelona. España.

²Département d'économie politique. Université de Fribourg. Suisse.

³Equip d'Atenció Primària Penitenciari Sant Joan de Vilatorrada. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Objetivos: Analizar las características de las conductas autolesivas sin ideación suicida en el medio penitenciario, y su relación con las experiencias de violencia sexual en la infancia.

Métodos: La población de estudio han sido hombres mayores de edad de un Centro Penitenciario español de penados masculino (n = 780). Se han analizado las conductas autolesivas, registradas por el equipo de Atención Primaria del centro Penitenciario. Se han recogido variables sociodemográficas, judiciales, de salud mental, consumo de sustancias, y experiencias de violencia sexual y negligencia en la infancia. El análisis estadístico se ha realizado con R (versión 4.3.2).

Resultados: El 15,26% (n = 119) de los internos han presentado al menos una conducta autolesiva durante su internamiento. La edad media de los reclusos ha sido de 33,56 años (dt 7.97). El 52,94% son originarios de España y el 49,5% nacidos en el norte de África. El 88,88% presentan antecedentes penales de reincidencia. La tipología delictiva predominante es el robo con violencia e intimidación (70,37%). El 73% realiza seguimiento previo con servicios de Salud Mental en el medio penitenciario. El 20% presentan comorbilidad entre un trastorno del clúster B de la personalidad, un trastorno por consumo de sustancias y un funcionamiento intelectual bajo.

El 94% de las conductas autolesivas detectadas tenían un bajo riesgo de mortalidad, siendo el corte con objeto punzante en la extremidad superior la conducta predominante (89,95%). El 81,5% se produjeron en el contexto de reivindicación o con finalidad demostrativa/instrumental. El 77% de los internos habían realizado más de 4 episodios de autolesión en el periodo de internamiento.

El 70% de los reclusos han reportado historia de malos tratos y/o negligencia en la infancia. El 29% de los cuales han informado haber sufrido violencia sexual en su infancia. Los antecedentes de violencia sexual en la infancia en adultos nacidos en el Norte de África ha sido la única variable psicosocial que se ha asociado de manera significativa a los episodios de autolesión ($\hat{\beta} = 3,23$; $p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de las conductas autolesivas en el medio penitenciario es tres veces superior a la de la población general adulta. El mayor número de autolesiones se concentra en la población norteafricana, hecho que se ha asociado significativamente a experiencias de violencia sexual en la infancia. La autolesión en el medio penitenciario podría contribuir a la predicción de antecedentes de trauma psicológico en esta subpoblación.

Intentos de suicidio en el medio penitenciario

Sonia Fraile Alonso, Eloína Mallada García, Andrea Robredo Manuel

Centro Penitenciario de León.

Introducción: Los intentos de suicidio en prisiones son una preocupación creciente en materia de salud pública, mostrando tasas significativamente más altas que en la población general. En este contexto, se hace imperativo examinar los factores de riesgo asociados a esta conducta y evaluar la efectividad de los programas existentes de detección y prevención, destacando el rol crucial de la enfermería en estas iniciativas.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo general:

- Analizar el papel de la enfermería en la prevención y detección del suicidio en entornos penitenciarios, revisando los factores de riesgo y programas de intervención actuales
- Y como objetivo específico: Promover estrategias de intervención rápida para evitar desenlaces fatales en casos de intentos de suicidio.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el periodo comprendido entre agosto de 2019 y agosto de 2023 en el centro penitenciario de Villahierro, analizando los datos recogidos a través del programa informático O.M.I.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se registraron 23 fallecimientos, siendo el 47,82% de ellos clasificados como suicidios intencionados. Los factores de riesgo más relevantes incluyeron problemas de salud mental, uso de psicofármacos y participación previa en programas de prevención de suicidio. Se observó una correlación entre la cronobiología del suicidio en prisión y ciertos días de la semana y meses del año, con mayor incidencia los martes y en septiembre. La mayoría de los casos implicaban a individuos solteros, con edades entre los 30 y 40 años. Estos hallazgos subrayan la importancia de una intervención rápida y eficaz.

Conclusiones: La identificación precisa de factores de riesgo es crucial para la prevención del suicidio en prisiones, destacando el papel esencial de la enfermería en este ámbito. Es fundamental implementar protocolos de evaluación y actuación como el XABCDE o la cadena de supervivencia del ERC para gestionar eficazmente casos de intentos de suicidio. La enfermería emerge como un actor clave en la detección temprana y la aplicación de intervenciones adecuadas, contribuyendo significativamente a la reducción de la incidencia de suicidios en entornos penitenciarios, dada su presencia transversal.

Autolesiones en el medio penitenciario

Sonia Fraile Alonso, Eloína Mallada García, Andrea Robredo Manuel

Centro Penitenciario de León.

Introducción: Las autolesiones en el contexto penitenciario representan un fenómeno intrigante para aquellos que no están familiarizados con la vida en dicho medio. Sin embargo, estas conductas han adquirido una preocupante relevancia como problema de salud pública en las instituciones penitenciarias a nivel global.

Objetivos: El propósito de este estudio es examinar en profundidad la conducta autolesiva durante el encarcelamiento y analizar los factores de riesgo asociados a dicha conducta. Además, se pretende resaltar el papel crucial que desempeña el personal de enfermería en la detección temprana y atención inmediata de estas conductas.

Métodos: Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio retrospectivo en el Centro Penitenciario de Villahierro, situado en León, durante el período comprendido entre agosto de 2022 y agosto de 2023.

Resultados: Los datos recopilados revelaron un total de 213 casos de autolesiones anuales en el Centro Penitenciario de León. Estos casos se desglosan de la siguiente manera:

- Un incidente catalogado como “misil”.
- 150 casos de “chinazos”.
- Una quemadura autoinfligida.
- 36 casos de “ingesta de cuerpos extraños”.
- Un caso de “auto-sutura de boca”.
- 24 casos de intoxicaciones.

Es importante señalar que más del 20% de estas autolesiones requirieron atención hospitalaria.

Conclusiones: La detección temprana de las autolesiones se erige como un elemento crucial en la prevención de estas conductas en el entorno penitenciario. Se observa una estrecha correlación entre la presencia de patologías mentales, el consumo de drogas y la tendencia a autolesionarse.

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la atención de estos casos, proporcionando una intervención precoz para mitigar posibles complicaciones y estableciendo una relación terapéutica que fomente.

Estudio descriptivo del consumo de psicofármacos en población penitenciaria del Centro Penitenciario de Zaragoza

Rebeca Llopis Lambán, Raquel Sánchez Recio, Marta Cerdán Bernad

Centro Penitenciario de Zaragoza.

Introducción: El elevado consumo de psicofármacos en prisiones se considera un problema de salud pública, supone un factor de riesgo para el policonsumo, empeoramiento de patología psiquiátrica y aumento de conflictividad, demanda de asistencia y gasto sanitarios.

Objetivo: Describir el patrón de consumo de psicofármacos de la población penitenciaria en función del sexo, edad, nacionalidad y reincidencia.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el Centro Penitenciario de Zuera en septiembre 2023.

La población estudiada fue el total de internos que en septiembre estaba en tratamiento activo con psicofármacos.

Para variables cuantitativas se calcularon media y desviación típica, frecuencia y % para variables cualitativas. Todos los análisis se realizaron estratificados por sexo (hombre/mujer) y grupos de edad, nacionalidad (nacionales/extranjeros) y reincidencia (primarios/reincidentes). Se clasificaron los psicofármacos según el ATC (Anatomical Therapeutical Classification). Para este análisis se utilizaron la prueba t de student para variables cuantitativas y Chi2 para variables cualitativas. Todas pruebas de significación estadística se consideraron a partir de $p < 0,005$.

Se solicitó el consentimiento informado de las personas participantes. Se obtuvieron los permisos de la Dirección del CP y Secretaría General de IIPP. Este estudio se aprobó por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) C.P.C.I, EPA23-033.

Resultados: De 1153 personas, 1080 hombres (6,33% mujeres), 598 tomaban psicofármacos.

La media del número de fármacos prescritos fue 2,09 hombres (IC 95%: 1,99-2,18) 2,29 mujeres (IC 95%: 1,84-2,74) ($p: 0,308$).

Al comparar el consumo de psicofármacos por subgrupos terapéuticos, se observó que el mayor consumo era para hombres el grupo antipsicóticos con 25,64% ($n = 299$) y en mujeres los ansiolíticos con 34,48% ($n = 30$).

La edad se relacionó con un aumento del consumo, las personas de más edad eran las que más psicofármacos consumían en ambos sexos.

Los/las nacionales tomaban más psicofármacos que los extranjeros ($p: 0,019$)

Los reincidentes tomaban más número de psicofármacos que los primarios.

Conclusiones: La enfermería, dentro del marco de sus competencias y funciones tiene como objetivo la consecución de un estado de salud óptimo. Por esto, debería, dentro de su actividad asistencial desarrollar y llevar a cabo programas para dar respuesta a la problemática de adicción y salud mental. El personal de enfermería debe apoyar la decisión de abandonar el policonsumo, fortalecer habilidades individuales de afrontamiento, facilitar el aprendizaje para reducir la ansiedad y proporcionar información sobre pronóstico y necesidades de tratamiento.

Desde nuestro punto de vista, las investigaciones futuras deberían ir encaminadas a valorar el buen uso de psicofármacos para evitar RASUPSI y aplicar el plan REDUCES.

Programa piloto para la adaptación del abordaje del consumo de tabaco en una población con discapacidad intelectual mediante terapia grupal en una prisión de Cataluña

Beatriz Armenteros López¹, Mireia Guillamed Guinjoan¹, Ericka Balkazar Franco¹, Marta Subirachs Piquer¹, Emma Ripollés Lamote de Grignon²

¹Equipo de Atención Primaria Penitenciario (EAPP) La Roca del Vallès. Centro Penitenciario de Quatre Camins. Barcelona.

²Departamento DAE-DID. Centro Penitenciario de Quatre Camins. Barcelona.

Objetivos: Realizar adaptaciones específicas de la terapia grupal del Programa Atención Primaria sin humo para dejar de fumar a la población con discapacidad intelectual penitenciaria, mediante un programa piloto.

Métodos: La muestra se obtuvo del Departamento DAE-DID de la prisión de Quatre Camins de Barcelona (9 personas).

Criterios de inclusión: ser fumador, tener un rango de cociente intelectual entre 60-85 puntos en escala de inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV,2012), no tener la capacidad de obrar legalmente modificada, (Diagnóstico clínico de discapacidad intelectual no especificada) y haber manifestado la voluntad de participar en un programa de cesación de consumo de tabaco.

Se trabajó de forma colaborativa con la Psicóloga, la Educadora y los funcionarios de vigilancia del Departamento para realizar el programa piloto y realizar las adaptaciones según las capacidades intelectuales y los recursos personales, de este grupo poblacional, en las seis sesiones de la Terapia Grupal del Programa de Atención Primaria sin humo del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

La intervención adaptada que se presenta consiste en un programa multicomponente administrando información sobre la adicción tabaco y los beneficios de su abandono, trabajando el autocontrol y la administración de y parches de nicotina.

Resultados: De las 9 personas que realizaron el programa, solo 4 personas iniciaron parches de nicotina (21 mg). El resto abandonaron el programa. De los que iniciaron tratamiento hubo un abandono del programa a la semana y otro abandonó a las 4 semanas.

Dos personas completaron la pauta completa de los parches de nicotina de 21 mg, 14 mg y 7 mg. Estos se mantuvieron abstinentes del consumo de tabaco hasta 1 mes después de su finalización.

A partir de esta prueba piloto se elaboró un grupo de trabajo con la participación de los agentes de salud para realizar las adaptaciones de la intervención en cesación tabáquica de este grupo poblacional. Entre los cambios se adaptaron los materiales de lectura de información sobre la salud, con frases cortas utilizando dibujos o pictogramas, evitando metáforas o frases negativas.

Se elaboró un Plan de acompañamiento de los agentes de salud y sus roles para la intervención del programa

Conclusiones: Se requieren intervenciones adaptadas, específicas y dirigidas para esta población de los materiales convencionales.

Trabajar de forma colaborativa con otros perfiles profesionales, que esta población tenga de referencia, facilita estas adaptaciones en la intervención para la cesación tabáquica.

Evaluación del tratamiento con buprenorfina inyectable en el Centro Penitenciario León

Eloina Mallada García, Sonia Fraile Alonso, Andrea Robledo Manuel

Centro Penitenciario de Villahierro. León.

Introducción: Si bien los datos sobre prevalencia del consumo de opiáceos apuntan claramente hacia un descenso de la misma en todos los órdenes, la realidad asistencial continúa planteando la necesidad de fórmulas de aproximación abiertas y flexibles que proporcionen alternativas viables para la población de adictos a tales sustancias.

En el Centro Penitenciario de Villa Hierro (León) en la actualidad hay 802 internos, de ellos están en programas de sustitución de opioides total de 50 pacientes, EL 5,86% de la población penitenciaria. De estos 34 están en PMM y 16 con Buvidal. La distribución por sexos es PMM 31 hombres y 3 mujeres Buvidal 14 hombres y 2 mujeres.

Descripción: Análisis estadístico tras 2 años de utilización del fármaco:

De un total de 802 internos; 752 hombres y 49 mujeres. Iniciaron el tratamiento 42 pacientes, 4 mujeres y 38 hombres, es decir, un 5.05% de los hombres y un 8.16% de mujeres. Con una edad media de 47 años, siendo el mayor de 62 y el más joven de 36.

Métodos: Recogida de datos de los pacientes que iniciaron el tratamiento con Buvidal en el centro penitenciario en el período comprendido entre el 1 de marzo de 2022 y el 1 marzo de 2024 (2 años). Así como cuál era la situación de tratamiento previa al inicio con el fármaco.

Objetivos: Estudio de la permanencia con el tratamiento y motivos del abandono del mismo.

Resultados: Previo al inicio en el programa:

- 32 se incorporaron a través del PMM.
- 4 se incorporaron tras el consumo de heroína.
- 4 iniciaron a través del consumo de buprenorfina sublingual.
- 2 de los pacientes, en el programa, no iniciaron en nuestro centro.

En cuanto a los motivos de abandono del programa con buvidal:

- 7 bajas voluntarias, de las cuales el 100% de las mismas son de hombres.
- 8 abandonaron el programa por su salida del centro en libertad.
- 9 fueron dados de baja por traslado a otro centro penitenciario (conducción).
- 1 *exitus*.
- 2 de los pacientes pasaron a PMM (1 de ellos, tras dos meses con el fármaco inyectado, no se logró estabilizar la dosis, el otro paciente, tras tres meses con el tratamiento, volvió al PMM, este individuo procedía del tratamiento con buprenorfina sublingual).

Conclusiones: La media de permanencia en programa fue 6,14 meses. El que más tiempo permaneció en programa fue 13 meses y el que menos 2 meses. Aunque los abandonos más precoces fueron por excarcelación y/o cambio de centro penitenciario.

Cese de consumos de sustancias opioides por sustitución con derivados y seguimiento por realización de urinocontroles en Centro Penitenciario Araba/Álava

César Marrodán Navaz, Irune Palacios, Raquel García, Montserrat Bezares, Montserrat Cayetano, Mercedes Sousa

Centro Penitenciario de Zaballa. Álava.

Objetivos: El consumo de opioides en los centros penitenciarios es un tema de gran relevancia para los sistemas de salud, interviniendo, tanto, en el funcionamiento del propio centro como en las relaciones entre los propios reclusos; así pues, el objetivo del estudio es la sustitución del consumo de opioides por derivados como metadona o buprenorfina.

Métodos: El método utilizado para el control del consumo de los derivados opiáceos y/o control de la abstinencia a ellos, se ha llevado a cabo, mediante urinocontroles periódicos, aleatorios y sin previo aviso; y los derivados opiáceos administrados lo han sido por vía oral, sublingual o IM.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y Psycinfo con los términos buprenorfina, abstinencia y análisis de orina.

Resultados: Siendo los urinocontroles un método eficaz para monitorizar pacientes que están recibiendo terapia por abuso de opioides, ya que permiten obtener datos de las sustancias consumidas por el paciente, bien sustancias que deben tomar por prescripción médica; o bien consumidas por abuso. La monitorización de dichas sustancias obtiene mejores resultados si los análisis son realizados durante largos periodos de tiempo, frente a los cortos.

En nuestro caso, los pacientes del ensayo fueron tratados con buprenorfina como derivado opiáceo, zulsolv (buprenorfina + naloxona), buprex (buprenorfina + naloxona) y buvidal (buprenorfina inyectable) y en los urinocontroles se les controlaba la dosis de buprenorfina y opiáceos para saber si tenían alguna recaída.

Con una muestra de 62 pacientes consumidores de sustancias opioides a largo del año 2023, de los cuales, al menos 50, siguieron el programa de urinocontroles durante ese año entero y habiéndose realizado 1040 urinocontroles, con cadencias semanales, quincenales y mensuales; podemos indicar que sólo hubo 32 casos de resultados positivos a opioides. Este dato indica que sólo un 3% de los urinocontroles realizados dio resultados positivos.

De los 62 pacientes, 41 mantuvieron abstinencia total durante casi el año entero del estudio (15 lo abandonaron en distintos momentos, bien por alta del centro penitenciario o por abandono voluntario del tratamiento, 24,19%), lo que supone un 66,13% de pacientes. 11 tuvieron un solo positivo en ese periodo de tiempo (17,74%); 9 dieron dos analíticas positivas (14,51%) y 1 dio 3 positivos (1,61%).

Conclusiones: Podemos establecer un resultado a favor entre aplicar una terapia de tratamiento sustitutiva a opioides y realizar urinocontroles periódicos, para aumentar la abstinencia de los reclusos. El mero hecho de saber que están siendo monitorizados sirve, además, para evitar, en gran medida, los consumos de dichas sustancias.

Loperamida: ¿nuevo fármaco de abuso en prisión detectado a través del motivo de consulta?

Fabio Sternberg, Roberto García Zurita, José Osmundo Fernández Nieto,
Marta Alonso Alcañiz, Isabel Algora Donoso

Centro Penitenciario Madrid III. Valdemoro.

Introducción: La loperamida es un fármaco antidiarreico anti propulsivo que se une a los receptores opiáceos de la pared intestinal. Existen datos que sugieren que la loperamida podría ser utilizada como droga de abuso por los posibles efectos psicógenos que produciría (agonista opiáceo y euforizante). Dicho fármaco, puede ser dispensado en prisión sin necesariamente ser prescrito por un facultativo.

Objetivo: Determinar la prescripción y consumo de loperamida en internos de un centro penitenciario

Métodos: Revisión de todas las atenciones médicas cuyo motivo de consulta refleja una atención urgente por causa gastrointestinal (GI). Para ello se utilizó la información recopilada en el dietario de “Urgencias” de la historia clínica digital penitenciaria entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024. Se contabilizó el número de prescripciones de loperamida, ya sea por iniciativa del facultativo o a petición del interno.

Resultados: Durante los primeros tres meses de 2024 se contabilizaron 3311 motivos de consulta en el citado dietario. Se identificaron 159 urgencias digestivas de origen abdominal en 106 internos. 38 asistencias digestivas en 28 pacientes no fueron valorables. 75 pacientes fueron valorados una vez por problemas GI. En 9 ocasiones se prescribió loperamida. A 26 pacientes que fueron valorados en dos ocasiones, se les prescribió loperamida 7 veces. Asimismo, a 4 pacientes vistos en 3 ocasiones y a 3 pacientes valorados en 4 ocasiones, se les prescribió loperamida 4 veces en total. Un paciente que fue valorado 5 veces y fue pautado con loperamida en 4 ocasiones. En este periodo consta la prescripción de loperamida en 25 ocasiones. En total 16 pacientes (1,7%) de una población de 915 internos, recibieron loperamida en los tres primeros meses de 2024. No se prescribió loperamida en 96 consultas por diarrea.

Conclusiones: 1 de cada 6 consultas por motivos gastrointestinales resultaron en la prescripción de loperamida. No se observó un patrón de repetición abusivo de dicha pauta en los internos, por lo que este estudio descarta un uso adictivo de este fármaco en internos de este centro penitenciario.

Correlación diagnóstica ante valoración de radiografías regimentales entre médicos de familia y un radiólogo experto

Óscar Salas Médel¹, Naivis Guillen Martínez², Clara Profitòs Martínez³,
Aldemar Baquero Murillo², Sergio Rodríguez Teba², Xavier Salvador Izquierdo⁴

¹Medicina. Centro Penitenciario Mas d'Enric. El Catllar. Tarragona.

²Médico adjunto. Centro Penitenciario Mas d'Enric. El Catllar. Tarragona.

³Médico residente MFyC. ICS Camp de Tarragona. Tarragona.

⁴Radiólogo adjunto. Parc Taulí Hospital Universitari. Barcelona.

Objetivos: Analizar la correlación entre las valoraciones radiológicas realizadas in situ por médicos de familia durante sus guardias presenciales en prisión, y la valoración diferida efectuada sobre las mismas radiografías por parte de un radiólogo experimentado, ante la demanda regimental de descartar la presencia de cuerpos extraños intraabdominales en el momento en que los internos finalizan un vis a vis en prisión.

Métodos: Se revisó una muestra aleatorizada de 41 radiografías regimentales realizadas durante el año 2023 en el Centro Penitenciario Mas d'Enric (Tarragona), que cumplieren los siguientes criterios de inclusión:

- Radiografía efectuada y visible en la historia clínica del paciente.
- Existencia de un curso clínico e informe médico efectuado por el médico de familia de guardia, que notificase la negatividad o positividad para la presencia de cualquier cuerpo extraño intraabdominal.

El estudio se realizó a simple ciego: el radiólogo valoró, de forma diferida, los estudios radiológicos previamente anonimizados, digitalizándose un número impreso a cada radiografía, coincidente con cada sujeto estudiado en la hoja de recogida de datos.

Posteriormente se comparó, por un lado, los informes médicos emitidos por el médico de familia de guardia al momento de la realización de la radiografía (sin conocer la evolución posterior del interno), con la valoración radiológica diferida efectuada por un radiólogo experimentado.

Resultados: Existió correlación diagnóstica en 25 de los 41 casos estudiados (60,97%), y ausencia de correlación diagnóstica en 16 de los 41 casos estudiados (39,03%).

En los estudios sin concordancia radiológica, 12 de 16 (75%) fueron valorados como positivos a presencia de cuerpo extraño por el radiólogo, y 4/16 (25%) fueron valorados como positivos por los médicos de familia (la evolución de estos últimos fue la presencia de droga, tras aislamiento provisional de los internos).

El 21,95% de los internos estudiados tenían antecedentes de consumo de drogas en su historia clínica, incluyéndose la única mujer del estudio en este grupo.

La edad media fueron $\bar{X} = 33$ años ($\sigma = 8,476$).

Conclusiones: La valoración actual de radiografías regimentales durante los fines de semana por parte de médicos de familia, en un entorno que urge inmediatez de resultados ante la necesidad de adoptar de medidas cautelares, con la presencia de funcionarios y el propio interno en una sala de radiología, bajo unas condiciones de trabajo no idóneas, podría condicionar el aumento en la tasa de resultados falsos negativos, debiendo plantear la adopción de nuevos circuitos de trabajo.

Consumo de tóxicos en los ingresos desde libertad en un centro penitenciario durante el año 2023

Asier López de Arcaute Trincado, Andoni Vargas Axpe, Eva M^a Fernández López de Vicuña, Maite Nogales García, M^a Elena Pujol Padró, Ana Isabel Campo Martínez de Zuazo

Centro de la Salud de Zaballa. Centro Penitenciario de Araba. Álava. Organización Sanitaria Integrada (OSI). Araba. Osakidetza.

Objetivos: Analizar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en las personas que ingresaron en nuestro Centro, desde libertad, durante 2023.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el que fueron incluidas las personas que ingresaron, desde libertad, en nuestro centro durante 2023.

Se recogieron variables sociodemográficas de edad, género y nacionalidad. Otras variables recogidas fueron: consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol y de otras drogas.

Resultados:

- 200 ingresos.
- 19,5% (n = 39) mujeres, y 80,5% (n = 161) hombres.
- 62% nacionales y 38% extranjeros.

Tabaquismo:

- Fumaban el 71,5%.
- 72,7% de los hombres y 66,7% de mujeres.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 41-50 años con 81,6%.
- Según su procedencia, presentan mayor porcentaje los originarios del Magreb con un 80,7%.
- Comparando con la encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en IIPP (ESDIP'22):
 - Población general: 39%.
 - Ingresos en prisión: 74,2%.

Consumo perjudicial de alcohol:

- Lo presentaban el 20,5%, siendo en hombres 21,7% y 15,4% entre mujeres.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 51-60 años con 26,9%.
- Según la procedencia, presentan mayor porcentaje los originarios del Magreb con un 38,5%.

Consumo de algún tipo de droga:

- Consumían el 50,5%.
- Hombres: 54,7%.
- Mujeres: 33,3%.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 20-30 años con 62,7%.
- Según la procedencia, presentan mayor porcentaje los originarios del Magreb con un 84,6%.

Cannabis:

- Consumían el 40,5%.
- Hombres: 44%.
- Mujeres: 25,6%.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 20-30 años con 62,7% (n = 32).
- Comparando ESDIP'22:
 - Población general: 10,6%.
 - Ingresos en prisión: 41,8%.

Cocaína:

- Consumían el 29%.
- Hombres: 31,7%.
- Mujeres: 17,9%.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 20-30 años con 37,2%.
- Comparando ESDIP'22:
 - Población general: 2,3%.
 - Ingresos en prisión: 31,4%.

Heroína:

- Consumían el 6%.
- Hombres: 6,8%.
- Mujeres: 2,6%.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 31-40 años con 8,8%.
- Comparando ESDIP'22:
 - Población general: 0,1%.
 - Ingresos en prisión: 13,1%.

Anfetaminas:

- Consumían el 10,5%.
- Hombres: 11,8%.
- Mujeres: 5,1%.
- La franja de edad con mayor porcentaje es: 20-30 años con 15,7%.
- Comparando ESDIP'22:
 - Población general: 0,6%.
 - Ingresos en prisión: 5,4%.

Conclusiones:

- El consumo de tóxicos en los ingresos en nuestro centro es ampliamente superior al de la población general.
- El consumo de tabaco, cannabis y cocaína es similar al obtenido en el ESDIP'22. Sin embargo, el consumo de heroína es menor, mientras que el de anfetaminas es mayor.

Loperamida: ¿se puede descartar su abuso en prisión a través de codificación de episodios?

Fabio Sternberg, Roberto Garcia Zurita, José Osmundo Fernández Nieto,
Marta Alonso Alcañiz, Isabel Algora Donoso

Centro Penitenciario Madrid III. Valdemoro.

Introducción: El anti-diarréico de venta sin receta loperamida se usa cada vez más para controlar la abstinencia de opioides o para el abuso de opioides.

Objetivo: Determinar la prescripción y consumo de dicho fármaco en internos de un centro penitenciario

Métodos: Revisión de todos los episodios codificados como colitis, gastroenteritis, dispepsia y diarrea en la historia clínica digital penitenciaria en 2023. Se contabilizó el número de prescripciones de loperamida, ya sea por iniciativa del facultativo o a petición del interno.

Resultados: Durante dicho periodo se identificaron 41 episodios gastrointestinales. En 2023 se prescribió loperamida en 31 ocasiones. A 8 pacientes se les prescribió loperamida 1 vez, a 5 pacientes dos veces, a 1 paciente 3 veces, a 2 pacientes 5 veces y a 2 pacientes se le prescribió la medicación en 8 y 9 ocasiones respectivamente. En total se prescribió loperamida en 31 ocasiones en 18 pacientes (2%) en un centro que tiene una población de 915 internos. En 23 pacientes con episodios gastrointestinales no se les prescribió loperamida.

Conclusiones: No parece excesivo el número de veces y de pacientes a los que se le ha prescrito loperamida. Por otra parte, la búsqueda información sobre prescripciones parece ser más precisa cuando se realiza a través de episodios codificados y no utilizando el motivo de consulta de dietario.

Impacto de los tratamientos crónicos en la frecuencia de visitas a consulta médica: un enfoque comparativo

Manuel V. Planelles Ramos, Enrique J. Vera Remartínez

Enfermería. Centro Penitenciario de Castellón I.

Objetivos: Evaluar y comparar la frecuentación de consultas médicas entre pacientes sujetos a tratamiento crónico de dispensación mensual y aquellos sin tratamiento, con el fin de identificar posibles diferencias en la utilización de los servicios de salud en un centro penitenciario, proporcionando datos esenciales para la gestión eficiente y atención adecuada de ambos grupos de pacientes.

Material y métodos: Diseño observacional descriptivo, retrospectivo y comparativo utilizando los registros de pacientes en tratamiento crónico del centro, durante el año 2023. Se recopiló también información la frecuentación mensual a consultas médicas, a través de los registros en las historias clínicas. El análisis descriptivo de la muestra incluyó variables cuantitativas evaluadas mediante la prueba de Normalidad de Kolmogórov-Smirnov. Se aplicaron pruebas estadísticas apropiadas para comparar variables, como la prueba T de Student y la prueba de U-Mann-Whitney para distribuciones normales y no normales, respectivamente. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados: La muestra consistió en 521 reclusos, de los cuales el 62,4% recibía tratamiento crónico de dispensación mensual. Se observó que las mujeres representaban el 18,2% entre los pacientes con tratamiento crónico, en comparación con el 8,2% entre los que no lo recibían ($p: 0,002$). La media de edad fue significativamente mayor en el grupo con tratamiento crónico, con una diferencia de hasta 10,9 años (IC: 95%: 8,9–12,8; $p: 0,0001$). Además, los pacientes con tratamiento crónico frecuentaron más las consultas médicas, con una mediana de visitas anuales de 8,00 vs. 2,5 ($p: 0,0001$). Se identificaron tratamientos crónicos predominantes para tratamiento de hipertensión (16,0%), enfermedades de aparato digestivo (13,6%); aparato respiratorio (13,2%), antirretrovirales (11,2%), anti-diabéticos orales (6,6%), anticolesterolémicos (6,3%), aparato circulatorio (6,0%), AINE (4,8%), insulinas (1,2%) y otros en menor porcentaje.

Conclusiones: La edad y el sexo son factores predictivos ya conocidos de la hiperfrecuentación. Los pacientes con tratamientos crónicos de dispensación mensual tienen una mayor frecuentación. El intento de desburocratización de las consultas médicas mediante la dispensación mensual de fármacos no parece solucionar la demanda asistencial en este grupo de pacientes. Se deben estudiar otras alternativas para minimizar el impacto de la frecuentación en pacientes crónicos.

Palabras clave: enfermedad crónica; revisión de la utilización de medicamentos; farmacia; prisiones.

Programa de intercambio terapéutico en un centro penitenciario

Ismael Pérez Alpuente¹, Almudena Mora Notario², Marta Castineira Cundins³

¹Farmacia. Centro Penitenciario de Alicante II.

²Médico de Atención Primaria. Centro Penitenciario de Alicante II.

³Enfermera. Centro Penitenciario de Alicante II.

Objetivos: Realizar un programa de intercambio terapéutico con la finalidad de disminuir el número de presentaciones incluidas en el centro y seleccionar aquellos medicamentos más eficientes.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre estudios comparativos directos e indirectos de medicamentos considerados equivalentes terapéuticos para establecer equivalencia en eficacia y seguridad. También se revisaron otras bases de datos y otras guías de equivalentes terapéuticos ya existentes. Se revisaron las indicaciones terapéuticas aprobadas.

Se seleccionaron los grupos de fármacos a introducir en la guía y se seleccionaron los medicamentos más dentro de cada grupo, valorando su seguridad y su mayor experiencia de uso.

Una vez realizada la guía terapéutica, la eficiencia se calculó mediante la disminución del coste de los medicamentos seleccionados y la disminución del número de presentaciones incluidas en el centro. Se realizó un corte transversal de los pacientes con medicamentos a intercambiar. Se calculó la diferencia de precio entre el medicamento inicial y el medicamento por el que se intercambiaba para calcular el posible ahorro.

Como orientativo del posible ahorro indirecto, se calcularon las unidades y precio de los medicamentos caducados el año 2023 intercambiables en el programa de intercambio terapéutico.

Resultados: Los grupos farmacológicos seleccionados fueron: inhibidores bomba protones, antihistamínicos segunda generación, antagonistas de Angiotensina II, inhibidores del enzima ECA, estatinas, bloqueantes de canales calcio, diuréticos, suplementos de hierro, suplementos de calcio, corticoides orales, triptanes y corticoides tópicos.

Para el intercambio terapéutico, el farmacéutico revisa la historia clínica, analíticas e indicaciones de la prescripción, informa al médico del cambio quien finalmente modifica la prescripción farmacológica e informa al paciente.

El programa de intercambio terapéutico incluyó 192 presentaciones de medicamentos de las cuales 137 estaban presentes en el centro. Se intercambiaban por un total de 49 medicamentos, con una disminución de 88 medicamentos en el centro. La reducción total del número de medicamentos del centro fue del 9,8%.

Se encontraron 56 pacientes y un total de 60 cambios de medicamentos a intercambiar. El intercambio de medicamentos equivalentes suponía un ahorro anual de 2.224,8€ directos.

En el año 2023 caducaron 728 envases de 43 presentaciones de medicamentos con un coste de 3.319,19€.

Conclusiones: Un programa de intercambio terapéutico mejora la eficiencia en la gestión de los medicamentos al trabajar con un menor número de presentaciones, así como por el menor coste de las presentaciones elegidas y sin afectar a la calidad de la atención farmacoterapéutica.

Eficacia, adherencia y tolerancia al tratamiento con Cabotegravir/Rilpivirina de acción prolongada en internos infectados por VIH en Cataluña

Carlos Gallego¹, Andrés Marco¹, Efrain Arturo Moreno¹, Carlos Touzón¹, Ángel Sánchez-Hidalgo², Maribel Pubill³, Ana María Ruiz¹, María del Ara⁴, Montserrat Lonca¹, Lidia Puig⁵, Indiana Jesús Abdó¹, María Jesús Javierre¹, Elisa Vaz¹

¹Grup per al Control de les Malalties Infeccioses a presons (GRUMIP).

²EAPP de La Roca del Vallès.

³EAPP de Sant Joan de Vilatorrada.

⁴EAPP de Sant Esteve de Sesrovires-2.

⁵EAPP de Sant Esteve de Sesrovires-1.

Objetivos: Describir la eficacia, adherencia y tolerancia al tratamiento con cabotegravir/rilpivirina de acción prolongada (Cabo/Rilpi AP) en internos infectados por VIH.

Métodos: Se estudian los casos tratados con Cabo/Rilpi AP en centros penitenciarios (CP) de Cataluña desde mayo de 2023, fecha de su aprobación por el ICS, hasta febrero de 2024. Se recogieron variables epidemiológicas y clínico-terapéuticas, y además variables penitenciarias y asociadas al nuevo TAR. También se recogieron posibles efectos adversos (EA) y su duración. Se catalogaron como graves si precisaron antídoto u hospitalización; moderados si implicaron cambio farmacológico o fueron calificados como intensos o angustiosos por el paciente; y leves cuando la duración e intensidad fue limitada. También se cuantificó el grado de adherencia al tratamiento y en caso de discontinuación, la causa de ésta.

Resultados: Se prescribió Cabo/Rilpi AP a 21 internos, hombres de 50,2 años de edad media, 80,9% con historia de uso de drogas inyectadas, el 14,3% extranjero y el 80,9% “penado”.

No hubo ingresos del exterior con Cabo/Rilpi AP. El tratamiento se prescribió en 4 de los 10 CP y las principales causas de la prescripción referidas por los internos fueron la mejora de la calidad de vida (57,1%) y el evitar olvidos (19%). En el 52,4% hubo inducción oral y el 66,7% había recibido ≥ 3 dosis al cierre del estudio. No hubo cambios significativos de CD4/mL pre y post-tratamiento. En los 18 casos en que se disponía de carga viral (CV) VIH post-tratamiento, uno presentó un “blip” (37 copias/mL) y el resto CV VIH indetectable.

No hubo EA moderados o graves, pero sí leves en 16 (76,2%), principalmente dolor y/o reacción en el lugar de la inyección durante 24-48 horas. La adherencia fue del 100%. Tampoco hubo abandonos, pero sí un caso de discontinuación por excarcelación, que fue derivado para continuidad del tratamiento a su hospital de referencia externo.

Conclusiones: El tratamiento con Cabo/Rilpi PA (AP) fue eficaz, bien tolerado y sin abandonos. Es cómodo, útil en pacientes predisuestos al TAR, pero con “olvidos”, y ayuda a reducir el estigma de la infección y de la medicación diaria. Se recomienda valorar su prescripción de forma individual y utilizarlo en pacientes sin historial de fracasos terapéuticos, sin resistencias previas, en los que la probabilidad de mantenerse adherente sea muy alta y en los que pueda garantizarse la continuidad asistencial en caso de excarcelación.

Integración de indicadores para la mejora de la prescripción farmacéutica en salud mental en la estación clínica de trabajo de centros penitenciarios

M^a Isabel Espinosa García¹, Amparo Molina Lázaro¹, Rosa Dehesa Camps¹, Ferran Sala Piñol¹, Sonsoles García Rodicio², Neus Solé Zapata³

¹Instituto Catalán de la Salud. Unidad de coordinación y estrategia del medicamento. Barcelona.

²Centro Penitenciario Puig Basses. Figueres. Girona.

³Instituto Catalán de la Salud. Programa de Salud Penitenciaria. Barcelona.

Introducción: En 2014 la atención sanitaria de los centros penitenciarios se traspasa desde el Departamento de Justicia a la Red de Atención Primaria y se utiliza la estación clínica (EC) de primaria adaptada al entorno penitenciario. Actualmente se da asistencia a 9 centros penitenciarios (CP) con una población aproximada de 7.000 internos siendo la salud mental uno de los principales problemas de salud en los CP.

Objetivos: Definir e integrar indicadores de calidad de prescripción de psicofármacos en la estación clínica de trabajo de CP, como herramienta de monitorización y ayuda a la atención farmacéutica.

Valorar el impacto de la integración de los indicadores en la mejora de la prescripción de psicofármacos.

Métodos: En 2019 se creó un grupo de trabajo de Salud mental, multi/interdisciplinario formado por psiquiatras, farmacéuticos, farmacólogos y médicos de familia.

Este grupo priorizó trabajar los psicofármacos y publicó en septiembre de 2022 un documento de recomendaciones de práctica clínica para el abordaje del tratamiento de la ansiedad al ingreso en un CP, y se definieron unos indicadores de mejora de la prescripción farmacéutica.

Posteriormente se solicita al Sistema de Información de los Servicios de Atención Primaria la integración de los indicadores en la EC.

Resultados: Se consensuaron los siguientes indicadores, expresados en porcentajes de pacientes respecto al total de los tratados con benzodiazepinas:

- En tratamiento con más de una benzodiazepina.
- En tratamiento con benzodiazepinas que supere la duración recomendada.
- En tratamiento con benzodiazepinas a dosis superiores a la máxima indicada en ficha técnica.

Los indicadores se integran en la estación clínica de trabajo permitiendo, a los profesionales sanitarios, listar y acceder a los pacientes en los que se debería revisar su tratamiento farmacológico.

En el periodo de enero a diciembre de 2023, y para el promedio de todos los CP se observó un descenso en el porcentaje de pacientes para los 3 indicadores.

Indicador 1: pasando de un 8,5% a 6,8%; indicador 2: de 53,2% a 51,4%; indicador 3: de 5,7% a 5,1%.

Conclusiones: La integración de los indicadores de mejora de la prescripción farmacéutica en la estación clínica permite realizar un seguimiento y revisión de los tratamientos farmacológicos de los pacientes en los que no se siguen las recomendaciones de práctica clínica promoviendo su adecuación.

Conciliación de la medicación en equipos de atención primaria penitenciaria

Amparo Molina Lázaro¹, M^a Isabel Espinosa García¹, Rosa Dehesa Camps¹,
M^a Àngels Pons Mesquida¹, Judith Abizanda García¹, Neus Solé Zapata²

¹Instituto Catalán de la Salud. Unidad de coordinación y estrategia del medicamento. Barcelona.

²Instituto Catalán de la Salud. Programa de Salud penitenciaria. Barcelona.

Objetivos: La conciliación de la medicación es un proceso formal y protocolizado consistente en comparar de forma sistemática la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del mismo nivel asistencial, con el objetivo de resolver las posibles discrepancias detectadas.

El objetivo es facilitar la conciliación de la medicación de los pacientes al ingreso y al alta, entre el centro penitenciario (CP) y la atención primaria extra penitenciaria a través de una pantalla integrada en la estación clínica de trabajo (EC) garantizando la continuidad asistencial en las transiciones por el sistema sanitario.

Métodos: Durante el 2014 la atención sanitaria de los centros penitenciarios se traspasa desde el Departamento de Justicia a la Red de Atención Primaria constituyendo los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria. Simultáneamente se adapta la EC de atención primaria para su uso en CP. Actualmente es utilizada por los médicos que prestan servicio en 9 CP dando cobertura a aproximadamente 7.000 internos. Permite prescribir 392 principios activos incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT) de CP aprobada por la Comisión farmacoterapéutica en el 2015 y revisada periódicamente.

En cambio, en la EC de atención primaria extra penitenciaria, el facultativo puede prescribir los medicamentos del catálogo aprobado por el Ministerio de Sanidad (2.637 principios activos).

Con la implantación de la EC en los CP se observó la necesidad de conciliar la medicación externa de atención primaria al ingreso, con los fármacos incluidos en la GFT de CP. Para ello se realizaron reuniones de trabajo multi/interdisciplinarias entre clínicos, farmacéuticos e informáticos para diseñar una herramienta integrada en la EC como ayuda al facultativo en la conciliación y prescripción.

Resultados: Se diseñó y se implantó una pantalla integrada en la EC penitenciaria, en la que se muestra simultáneamente tanto la medicación prescrita previa al ingreso como la propuesta de intercambio con fármacos incluidos en la GFT de CP.

A los 88 médicos de los CP se les ha facilitado la conciliación en el momento del ingreso.

En el momento del alta, la conciliación tiene como objetivo que el médico de atención primaria conozca el tratamiento del paciente prescrito en el CP y decidir su continuidad o modificación.

Conclusiones: La pantalla integrada de conciliación de la EC es una herramienta de ayuda en la conciliación del tratamiento farmacológico de los internos en las diferentes transiciones asistenciales.

Análisis del gasto en medicamentos en centros penitenciarios durante 2023

M^a Isabel Espinosa García¹, Amparo Molina Lázaro¹, Joaquín García Giribet¹, Anna Bonet Esteve¹, Sonsoles García Rodicio², Neus Solé Zapata³

¹Instituto Catalán de la Salud. Unidad de coordinación y estrategia del medicamento. Barcelona.

²Centro Penitenciario Puig Basses.

³Instituto Catalán de la Salud. Programa de Salud penitenciaria.

Introducción: El gasto en medicamentos supone un apartado presupuestario relevante del gasto sanitario global y, por tanto, constituye un objetivo claro de control. La selección del medicamento, sobre la base de la evidencia científica y la eficiencia, es la herramienta más poderosa de la que dispone el sistema sanitario para garantizar un uso adecuado y sostenible de este recurso terapéutico.

Objetivo: Analizar la adquisición de medicamentos (sin incluir medicamentos hospitalarios de dispensación ambulatoria) en los centros penitenciarios de nuestra comunidad autónoma, para conocer el perfil de prescripción, el gasto farmacéutico y detectar los medicamentos de mayor impacto económico.

Métodos: Se revisan los datos de adquisición de medicamentos del año 2023 de 9 centros penitenciarios que dan cobertura a una población aproximada de 7.000 internos.

Los datos procedentes del Departamento de Gestión Económica se analizan mediante PowerBI, recogiendo los siguientes puntos:

- Gasto ordenado de mayor a menor impacto económico por grupos terapéuticos.
- Unidades farmacéuticas adquiridas por grupo terapéutico.
- Para los 5 primeros grupos terapéuticos con mayor gasto, se realiza análisis de los 3 subgrupos con mayor impacto económico y mayor número de unidades adquiridas.
- Análisis de los 20 medicamentos con mayor gasto y con mayor número de unidades adquiridas.

Resultados:

- En el periodo analizado se identifican 1.744 medicamentos provisionados que suponen 1.669.434 €.
- El grupo terapéutico de mayor gasto es el del sistema nervioso con un 62,8% del total.
- El grupo terapéutico con mayor número de unidades adquiridas es el del sistema nervioso con un 68,3% del total.
- El porcentaje de los 5 primeros grupos terapéuticos es el siguiente: sistema nervioso 62,7%; tracto alimentario y metabolismo 8,7%; sistema respiratorio 5,4%; dermatológicos 4,8% y sistema cardiovascular 3,9%.
- El subgrupo de psicofármacos representa un 62,3% del gasto del total de sistema nervioso. El 81,9% del impacto económico de este subgrupo se debe a formas farmacéuticas parenterales *depot*, con un 0,2% de las unidades totales provisionadas. En este subgrupo destacan paliperidona 44,3% y aripiprazol 37,6%.
- 20 fármacos generan el 37,6% del gasto acumulado en los centros penitenciarios, y de este, un 64,3% corresponde a paliperidona, aripiprazol y metadona. Además, 20 fármacos generan el 45% de las unidades provisionadas para los centros.

Conclusiones: El grupo de fármacos mayoritario, en gasto y número de unidades, es el del sistema nervioso, y de éste el subgrupo de los psicofármacos, destacando los antipsicóticos *depot*.

Relevancia del farmacéutico en el sistema penitenciario internacional

María Pilar Sosa del Cerro

Centro Penitenciario Madrid VI. Madrid.

Objetivos: En nuestro país, la figura del farmacéutico es relevante dentro de un centro sanitario, incluidas las prisiones. El objetivo de este trabajo es determinar la situación de los servicios de farmacia y las funciones del farmacéutico en los centros penitenciarios en países de nuestro entorno (Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos).

Métodos: Se realiza un estudio de revisión bibliográfica. El método empleado en este estudio ha sido una revisión sistemática de la literatura relacionada con los farmacéuticos en prisiones en las bases de datos Google Academic, PubMed, Dialnet, SciELO...

Los criterios de inclusión han sido:

- Artículos publicados entre los años 2000 a 2024.
- Idiomas: inglés, francés, español.
- Países: Francia, Gran Bretaña, y Estados Unidos.

Resultados: Se han encontrado numerosa información, sobre todo procedente de Estados Unidos, tanto en artículos científicos como en recursos.

En Estados Unidos la Oficina Federal de Prisiones (*Federal Bureau of Prisons*), reconoce la necesidad de especialización del farmacéutico en diversas áreas, así ya se ha instaurado el Programa de Farmacia Psiquiátrica, además de especializaciones del farmacéutico en VIH, dolor, diabetes..., avaladas por certificados de especialización (Especialista Nacional en Farmacia Clínica, *National Clinical Pharmacy Specialist*, NCPS). También la Asociación Americana de Farmacéuticos de Hospital (*American Association of Hospital Pharmacists*), establece unas directrices para los servicios farmacéuticos en prisiones (*ASHP Guidelines on Pharmacy Services in Correctional Facilities*).

En Gran Bretaña los farmacéuticos tienen una amplia responsabilidad en todo lo relacionado con el tratamiento del interno, participando en equipos multidisciplinares.

Lo mismo ocurre en Francia, donde existe la “Asociación de profesionales de la salud ejercientes en prisión”, que corrobora que “el rol del farmacéutico es crucial para garantizar los cuidados farmacéuticos adecuados del interno”.

Conclusiones: Dado el importante gasto en medicación que la población de una prisión genera, existe en general una amplia conciencia de la importancia de los servicios del servicio de farmacia y la figura del farmacéutico y su equipo dentro de la institución penitenciaria en los países estudiados. El farmacéutico es un miembro más del equipo sanitario, aportando sus conocimientos en medicación, llegando incluso a la especialización en determinadas patologías, planteándose también una especialidad en farmacia penitenciaria.

Habría que profundizar más en este tema, ampliando el estudio a otros países, y haciendo una comparativa con la situación en España.

Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en una prisión

Maite Nogales-García¹, Eva María Fernández-López-de-Vicuña¹,
Rafael Velasco García², Andoni Vargas Axpe³, Esther Saez de Adana Arroniz⁴,
Julian Javier Ollo Jacoisti²

¹Depósito de Medicamentos. Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

²Unidad de Enfermería Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

³Servicio Médico Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

⁴Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Araba.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de los pacientes institucionalizados en una prisión y compararla con una cohorte del 2014 del mismo centro.

Métodos: Estudio descriptivo donde se incluyeron todos los pacientes de prisión con VIH a fechas de 01/03/2024 y 31/12/2014. Datos obtenidos de la historia clínica: género, edad. Del programa de prescripción se recogió la pauta del TAR y tipo de dispensación (mensual, diaria o tratamiento directamente observado-TDO). Para evaluar la adherencia al TAR se utilizó el cuestionario SMAQ, consistente en 6 ítems validados. Se consideró adherente el que cumplía correctamente los 6 ítems.

Resultados: La prevalencia de pacientes con VIH en prisión fue del 2,2% (n = 18) en 2024, frente al 8,3% (n = 51) en 2014. La edad media en 2024 fue de 50,9 años, en 2014 de 45 años. Respecto al género, en 2024 el 77,8% eran hombres; en 2014 el 80,4%.

La población que tomaba TAR fue de 17 pacientes en 2024, además de un controlador de élite (sin tratamiento). En 2014 hubo 49 pacientes con TAR y 2 eran controladores de élite (sin tratamiento).

Respecto al tipo de dispensación, en 2024 al 47% se les dispensaba mensualmente, al otro 47% en TDO y al 6% se les administraba por vía intramuscular bimensualmente. En 2014 al 83,7% se les dispensaba mensualmente, al 10,2% en TDO y al 6,1% diariamente.

En 2024 la adherencia fue del 88,2% (n = 15), el 64,7% hombres. La falta de adherencia de los 2 pacientes fue motivada por una recaída en abuso de sustancias. En 2014 fue del 71,4%, el 69,2% hombres. Los motivos no se evaluaron.

En cuanto al número de comprimidos, de los no adherentes en 2024, uno tomaba un comprimido y otros tres comprimidos. En 2014 el 60% de los que tomaban un comprimido eran adherentes y de los que tomaban ≥ 2 comprimidos el 76,5% eran adherentes.

Conclusiones: En los últimos 10 años ha habido una notable reducción de la prevalencia de VIH y la edad media de la población ha aumentado en casi 6 años. Comparando con el 2014, en 2024 ha habido un aumento de la adherencia al TAR. Esto coincide con un incremento del número de pacientes que reciben el TAR en TDO, lo que favorece la proximidad y contacto del interno con el personal sanitario. Esto posibilita monitorizar a los pacientes con riesgo de recaída en el abuso de sustancias, evitando la posible falta de adherencia.

Consulta especializada de enfermería para seguimiento de patologías crónicas: diabetes

Sergio Fernández Vaquerizo¹, Esther García Valencia², Lourdes Piñel Pérez², Beatriz García Cisnal², Gloria Sanz Alfayate², Begoña Merchán Domínguez², Virginia Martínez Velázquez²

¹Centro Penitenciario de Segovia. Torredondo. Segovia.

²Centro Penitenciario de la Moraleja. Dueñas. Palencia.

Introducción: Resulta indiscutible por la elevada prevalencia, incidencia y complicaciones asociadas que trae consigo la diabetes, ésta debe de ser considerada una patología de especial relevancia y seguimiento si queremos conseguir mantener en el tiempo a personas diabéticas sanas (buena calidad de vida y sin ninguna complicación asociada).

Debemos recordar que la diabetes incrementa de manera significativa el riesgo de padecer múltiples complicaciones, todas ellas responsables de gran morbimortalidad: retinopatía (ceguera), enfermedad vascular periférica (más de la mitad de las amputaciones en países desarrollados son consecuencia de la diabetes), nefropatía, neuropatía...traduciéndose todo esto en una mayor dependencia y mayor gasto sanitario para el tratamiento de complicaciones y sus repercusiones.

Es por la realidad actual, plasmada en numerosos estudios científicos y gracias a la misma realidad observada en las consultas de enfermería de instituciones penitenciarias, lugar donde acuden pacientes diabéticos con escasos conocimientos en materia de su enfermedad y nulos conocimientos en relación a manejo de insulina, deporte, alimentación y prevención de complicaciones potencialmente graves (solución de una hipoglucemia, solución de situaciones de acidosis...) que se plantea este proyecto.

Objetivos:

- Mantener las hemoglobinas glicosiladas de al menos un 80% de los pacientes captados en la consulta de enfermería en límites adecuados para su edad.
- Capacitar al 100% de los pacientes que acuden a consulta en la detección y manejo de hipoglucemias.
- Autoadministración del 100% de los diabéticos que acuden a consulta del fármaco que precisen para su autocontrol.

Métodos: Necesaria la creación de un espacio de 2 horas en la consulta de Enfermería con el fin de atender durante la primera hora a diabéticos de manera personalizada (resolución de dudas que puedan tener y ajuste necesarios para unos rangos de glucemia óptimos a lo largo del día) y dar talleres durante la segunda hora que permitan un gran autocontrol del paciente en todo momento (dieta por raciones de hidratos de carbono, tipos de insulina y manejo, ajustes de dosis, autoanálisis con nuevos dispositivos, actuación ante hipoglucemias...)

Resultado y conclusiones: Con la creación de este hueco en la consulta de enfermería de instituciones penitenciarias, se incrementará los conocimientos de los pacientes, su mayor control y se les hará ver que pueden llevar una vida completamente normal con un perfecto control glucémico, evitando la mayoría de las complicaciones que pueden afectar a este tipo de pacientes tanto a corto como a largo plazo.

Gestión de la demanda asistencial compartida

Sergio Fernández Vaquerizo, Blanca Aragonese Tellado, Natalia Garrido Seisdedos, Rebeca Garzón Inés, María Aragón Rodríguez, Óscar Sanz Paredes

Centro Penitenciario de Segovia. Torredondo. Segovia.

Introducción: Ante la preocupante situación de déficit de profesionales facultativos, visible en toda España y con especial relevancia en instituciones penitenciarias y a la vista del aumento de especialización de los profesionales de enfermería, se han implantado en diferentes ámbitos sanitarios la gestión compartida de la demanda, en el que el profesional enfermero muestra un liderazgo en el manejo de patología aguda, buscando la resolución de problemas por el profesional más adecuado, mejorando la eficiencia en la atención de los internos.

Objetivo: Aumentar la resolución de problemas de baja complejidad fomentando autocuidados. Disminuir al menos un 25% de presión asistencial de servicios médicos, sin exceder competencias enfermeras.

Material y métodos: Para lograr la implantación de este sistema de gestión compartida de la demanda se hace necesario analizar el desarrollo e implementación de este mismo sistema en gerencias de atención primaria donde la implantación fue excelente y adaptar los protocolos ya existentes para la atención de diversas patologías y urgencias al ámbito penitenciario.

Resultados: La gestión de la demanda con profesionales enfermeros obtiene una alta resolución de las afecciones atendidas que son en su mayoría afecciones de la vía aérea superior, problemas gastrointestinales, heridas, quemaduras...

Cuando la gestión a la demanda compartida se pone en funcionamiento, la enfermera logra una resolución de forma autónoma de más de un 70% de los casos garantizando además educación sanitaria para fomentar el autocuidado y disminuir el porcentaje de recurrencia del problema planteado.

Conclusiones:

- Dada la experiencia de la implantación de este modelo en gerencias de atención primaria de reconocido prestigio, habría que analizar la situación de los próximos años elaborando un marco estratégico que incluya el abordaje de los procesos de baja complejidad por las enfermeras.
- Para que esto suponga un éxito es necesario trabajar de forma coordinada entre los profesionales médicos y enfermeras, contando con aquellos profesionales que ya han tenido experiencia en este nuevo modelo de gestión.
- Este aumento de autonomía y responsabilidad de los profesionales de enfermería debería verse acompañado al mejorar la eficiencia del sistema de un reconocimiento profesional, que permita seguir creciendo y querer aumentar las competencias propias de la profesión, ya que, en todos los sistemas donde la enfermera juega un papel clave en la gestión compartida de la demanda hay sistemas que valoran sus competencias (sistema de carrera profesional) reconociendo y potenciando la formación de las mismas.

Prevalencia de hígado graso en un centro penitenciario de Cataluña

Ángel Sánchez Hidalgo, Carlos Gallego Castellví, Efrain Arturo Moreno Valdiris

Centre Penitenciari Quatre Camins. Barcelona.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo explorar la prevalencia del hígado graso y sus factores asociados en una prisión.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado el 16 febrero de 2024 en un centro penitenciario de Cataluña.

- La población objeto de estudio fueron todos los internos con morbilidad metabólica. Criterios de inclusión:
 - Edad >18 años.
 - Población penitenciaria penada.
 - Con al menos 1 factor de riesgo metabólico definido como:
 - Obesidad: índice de masa corporal (IMC) $\geq 25,0$ kg/m².
 - Dilipemia: triglicéridos ≥ 150 mg/dL y/o colesterol total ≥ 200 mg/dl, LDL ≥ 130 mg/dl, HDL < 40 mg/dL en hombres o tratamiento farmacológico activo.
 - Hipertensión arterial: presión arterial $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento farmacológico activo.
 - Diabetes *mellitus*: definida como glicemia plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl, glicemia después de sobrecarga oral ≥ 200 mg/dl y/o hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6,5$ o tratamiento farmacológico activo.
- Se utilizó el algoritmo para la detección y evaluación de EHGNA en atención primaria (Fli. FIB4 y elastografía).
- Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, antecedentes de consumo de alcohol, GGT, triglicéridos, GOT (Ast), GPT (Alt), plaquetas.

Resultados:

- Los pacientes con morbilidad metabólica fueron 299 de 1.000 internos. Es decir, un 29,9% de internos tienen factor de riesgo de hígado graso.
- Se excluyeron a 39 pacientes por falta de variables analíticas.
- De los 260 internos con factor de riesgo, fue necesario llegar a la fase final de algoritmo de detección de hígado graso en 22 pacientes. En un 8,46%.
- El total de internos diagnosticados con hígado graso fueron 13. De los cuales 3 en grado 1; 4 en grado 2; 6 en grado 3.
- La prevalencia de hígado graso actual en el centro penitenciario estudiado es de 1,35% en la población general y del 5% en población con morbilidad metabólica.
- El 38,46% de los pacientes con EHGNA tienen fibrosis hepática

Conclusiones: A pesar de que el estudio revela un bajo porcentaje de pacientes con hígado graso, es preocupante la alta incidencia de morbilidad metabólica.

Esto subraya la importancia de implementar intervenciones preventivas por parte de enfermería para abordar los riesgos asociados con la salud metabólica.

Discontinuidad de la asistencia a las visitas programadas en la comunidad tras la excarcelación

Lidia Puig¹, Elena Yela¹, Neus Solé², Elisabet Turu², Xènia Rue¹, Sonia Mellado¹

¹Equipo de atención primaria penitenciaria de Sant Esteve Sesrovires 1.

²Programa de Salut Penitenciària del Institut Català de la Salut.

Objetivos: Analizar en internos excarcelados la tasa de inasistencia a las visitas programadas por si fuera necesario introducir elementos de mejora.

Métodos: Se analizan en Brians-1 los excarcelados con criterios de intervención de la enfermera de enlace (EE) que fueron derivados a dispositivos asistenciales durante 2020-2023. Los casos se agruparon según tipo de recurso: a) primaria; b) drogodependencias; c) salud mental; y d) hospitales. Se ha distinguido entre inasistencia total (IT) o parcial (IP) si se asistía a alguno, pero no a todos los recursos derivados. Se ha calculado la tasa de IT y la inasistencia según tipo de recurso, así como posibles variables asociadas. La diferencia entre grupos se exploró mediante pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para las variables discretas. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria para identificar variables que pudieran asociarse de forma independiente a la inasistencia.

Resultados: Se incluyeron 154 internos con 205 derivaciones. Edad media: $45,2 \pm 10$ años, 48,1% hombres y 67,5% españoles. El 33,1% consumidores de alcohol de riesgo, el 23,4% usuario intravenoso de drogas, el 46,1% con trastorno mental grave, el 13,6% con infección VIH y el 26% en tratamiento con agonistas opiáceos (TAO). Además, el 24,7% carecía de domicilio fijo y el 37% de apoyo familiar.

La asistencia a las derivaciones fue del 61%. La inasistencia a primaria fue del 34,7%, a salud mental del 34,1%, a drogodependencias del 25,8% y del 36,7% a hospital.

La IT fue del 15,6% y la IP del 23,4%. La IP no se asoció a ninguna variable estudiada, mientras que la IT se asoció a ser UDI y al TAO. El análisis multivariante sólo confirmó la asociación de la IT con el TAO (6,2% de IT en consumidores con TAO vs. 30% si no TAO; $p = 0,02$; OR: 0,54, IC = 0,31-0,94).

Conclusiones: Aunque el continuum asistencial es básico tras la excarcelación, el 15,6% de los programados no acuden a ningún dispositivo y el 23,4% sólo a algunos. Se recomienda incluir a los drogodependientes en TAO, ya que aumenta la asistencia a las derivaciones. También se sugiere ampliar este estudio al resto de prisiones de Cataluña y valorar el uso de alternativas, como los TICS (Tecnologías de la Información y la Comunicación), que extrapenitenciariamente han aportado mejoras en la comunicación y en el seguimiento de los procesos asistenciales.

Cobertura vacunal de gripe en instituciones penitenciarias

Sofía Victoria Casado Hoces, Patricia Inglada Infante, Eusebio Espuela García, Delia González Tejedor, Ana Araceli Bonilla Jaime

Enfermería. CP Madrid III-Valdemoro.

Objetivos: Cuantificar la cobertura vacunal de gripe de los residentes y trabajadores sanitarios de un centro penitenciario.

- Medir dicha cobertura en los grupos de personas especialmente vulnerables por edad o comorbilidad.
- Conocer los motivos por los que deciden no vacunarse todos ellos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo realizado en un centro penitenciario del 30/10/23 al 29/2/24. La población diana son los residentes y los trabajadores sanitarios del mismo.

- Criterios de inclusión: Estar presentes en el centro a 30 de octubre de 2023.
- Criterios de exclusión: La negativa a firmar consentimiento informado.
- El estudio consistió en contestar a unas preguntas.

Resultados: La cobertura vacunal en el grupo de residentes fue del 38,5%. En el grupo de mayores de 60 años, la cobertura fue del 72,7%; en el grupo de personas con enfermedades de riesgo fue del 82%.

La cobertura vacunal en el grupo de profesionales fue del 52,1%; 100% para los médicos, 60% para los enfermeros, 32% para los profesionales con estudios no universitarios.

Los motivos para no vacunarse son principalmente en el grupo de internos: El miedo a los efectos secundarios de las vacunas 29,7%, no haberse vacunado nunca 21,6% y tener buena salud 16,2%. Para los profesionales, el 44% tener buena salud, el 39% el miedo a los efectos secundarios y el 33% no haberse vacunado nunca.

Conclusiones: La cobertura vacunal general es baja en el grupo de residentes. En el grupo de mayores de 60 es elevada, pero no alcanza el 75% que recomiendan las autoridades sanitarias. En el grupo personas con enfermedades de riesgo para el desarrollo de complicaciones supera dicho 75%.

La cobertura vacunal en el grupo de profesionales es baja, estando por debajo del 75% recomendado. Mayor nivel formativo de los profesionales se asocia con una mayor cobertura vacunal. Un porcentaje nada despreciable de profesionales manifiestan no haberse vacunado nunca de gripe.

El miedo a los efectos secundarios de la vacuna es uno de los motivos principales para no vacunarse en ambos grupos. Este es un punto en el que incidir, de cara a mejorar la cobertura vacunal en sucesivas campañas.

Los profesionales sanitarios refieren no vacunarse por tener buena salud en un 29%. La principal razón para recomendar la vacunación en este grupo es proteger la salud de las personas vulnerables con las que trabajan. Habría que incidir en ello, también de cara a mejorar las coberturas vacunales en adelante.

Riesgo de hígado graso según *Fatty Liver Index* (FLI) y de fibrosis hepática valorado mediante el *Index Liver Fibrosis-4* (FIB4) al ingreso en prisión

Lidia Puig, Elena Yela, Jordi Tost, Mireia Llopart, Sonia Mellado, Adrián Jacas

Centre Penitenciari Sant Esteve Sesrovires 1. Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia de FLI y FIB4 alterado en las personas que ingresan en prisión.

Métodos: Se analizaron los ingresos en Brians 1 desde 01/10/2023 al 31/12/2023. En los que constaba en la historia clínica compartida al menos un diagnóstico (diabetes-2, hipertensión arterial, dislipemia u obesidad) de riesgo metabólico (RM) o infección por VIH se calculó el FLI y, si presentaba valor alterado, el FIB4. Se consideró riesgo de hígado graso si FLI ≥ 60 , y riesgo de fibrosis hepática si FIB4 $\geq 1,3$ en ≤ 65 años o FIB4 ≥ 2 si > 65 años. Se consideró obesidad si IMC ≥ 30 . Se incluyeron variables sociodemográficas y asociadas al consumo de alcohol o al RM.

Se calcula cuántos presentaban RM y la prevalencia de riesgo de hígado graso y de fibrosis hepática. Se analizan variables asociadas al riesgo de fibrosis mediante un análisis bivariante y multivariante de regresión logística, calculando el *odds ratio* con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Hubo 689 ingresos y se incluyeron 156 personas, de las cuales se evaluó FLI y FIB4 en 92 por traslados o excarcelación temprana. El 22,8% presentaba algún RM (18,6% diabetes, 36,5% dislipemia, 36,5% hipertensión arterial, 53,8% obesidad) y el 6,4% infección por VIH.

Edad media: 45,8 +/- 11,1 años, 96,2% hombres, 46,8% españoles, 17,3% consumidores de alcohol de riesgo y 1,3% con cirrosis. El 71% con FLI ≥ 60 y el 21,2% de éstos (9% de casos con RM) FIB4 alterado. El riesgo de fibrosis se asoció: a) a la edad (a más edad, más riesgo de fibrosis; $p < 0,001$); b) ser español (31,3% vs. 11,8% en extranjeros; $p < 0,05$); c) presentar dislipemia (34,6% vs. 12,5% si no dislipemia; $p < 0,03$); d) infección por VIH (100% vs 14,8% en no infectados; $p < 0,0011$); y e) el consumo de alcohol de riesgo (46,2% vs. 15,1% si no consumo; $p < 0,02$). El análisis multivariante confirmó la asociación independiente con la mayor edad ($p < 0,03$; OR 1,14, IC = 1,04-1,25) y con el consumo de riesgo de alcohol ($p < 0,01$; OR: 7,96, IC = 1,61-39,34).

Discusión: En pacientes con RM (22,8% de los ingresos) deben aplicarse medidas correctoras de las conductas de riesgo y tratamiento farmacológico si es necesario. En el 9% de los casos con RM había riesgo de fibrosis hepática. El cribado del RM y del riesgo de fibrosis debe ser un objetivo de la atención primaria, sea tanto a nivel penitenciario como en otros servicios sanitarios extrapenitenciarios. Los casos con riesgo de fibrosis deben estudiarse mediante elastografía de transición y, si se confirma fibrosis significativa, ser evaluados por un servicio especializado.

Déficit de ácido fólico en un centro penitenciario: ¿una carencia prevalente?

Eva María Fernández López de Vicuña¹, Maite Nogales-García¹,
Andoni Vargas Axpe², Rafael Velasco-García², Asier López de Arcaute²,
Silvia García de Garayo Díaz³

¹Osakidetza. Servicio Vasco de Salud-Organización Sanitaria. Servicio de Farmacia Hospital Universitario Araba. Depósito de medicamentos del Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

²Osakidetza. Servicio Vasco de Salud-Organización Sanitaria. Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

³Osakidetza. Servicio Vasco de Salud-Organización Sanitaria. Unidad de Gestión Sanitaria. Araba.

Introducción: En prisiones encontramos frecuentemente una población con bajo nivel socioeconómico/cultural y dificultad de acceso previo a los servicios sanitarios, con carencias en educación nutricional/hábitos alimenticios saludables. Esto puede conllevar déficits como el de ácido fólico (AF). No obstante, también existen condicionantes clínicos que pueden provocar un aporte deficitario (patología psiquiátrica, dependencia, alcoholismo) y causas secundarias como aumento de los requerimientos/pérdidas (cirrosis, enfermedades inflamatorias, etc.), malabsorción/defectos del metabolismo o interacciones con fármacos. El déficit de AF se relaciona con patologías como anemia, enfermedad cardiovascular y deterioro cognitivo. El objetivo del trabajo es conocer la prevalencia de déficit de AF en nuestro medio, identificando posibles causas del mismo.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se determinaron niveles de AF en plasma de forma sistemática en todas las analíticas realizadas en nuestro centro por cualquier causa durante 10 meses desde el 01/12/2022. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con déficit de AF para identificar posibles condicionantes clínicos. Variables: edad, sexo, módulo, condicionantes clínicos, valores analíticos: AF: 3,1-20,5 ng/dl, vitamina B12: 187-883 pcg/dl, volumen corpuscular medio (VCM): 78-101 fl, hemoglobina mujeres: 11,5-16,2 g/dL y hombres: 13-17,7 g/dL, hierro: 40-170 mcg/dl. Se realizó la prueba Chi-cuadrado (significación estadística: $p < 0,05$) para determinar si el déficit de AF estaba condicionado por el género del paciente o por el tipo de módulo en que reside (respeto/no respeto).

Resultados: Se realizaron determinaciones analíticas a 112 pacientes. De ellos, 33 (29,5%) presentaron déficit de AF: 31 (94%) hombres, edad media general 42 años. 1 paciente (3%) mostró deficiencia combinada AF-vitamina B12. Ningún VCM estuvo fuera de rango. La ferrocínica fue normal en todos los casos (no anemias). Condicionantes clínicos: 11 pacientes (33%) presentaron factores de aporte deficitario (trastornos psiquiátricos, situación de dependencia, VIH/VHC), 1 paciente (3%) con necesidades aumentadas (cirrosis y hemodiálisis), 1 (3%) tenía malabsorción (pancreatitis crónica) y 3 (9%) tomaban medicamentos con posible interacción (anticonceptivos, oxcarbazepina, litio). No hubo diferencias significativas en el déficit de AF ni por género ni por tipo de módulo.

Conclusiones: Casi un tercio de la población estudiada presenta déficit de AF, mayoritariamente puro, con mínima prevalencia de déficit combinado con vitamina B12. Descartados los condicionantes clínicos vinculados con dicha carencia y a falta de estudios complementarios (encuestas de ingesta/hábitos nutricionales), la escasa ingesta de AF por baja educación nutricional se postula como principal causante del déficit obtenido. Además de estudios adicionales para confirmar esta hipótesis, sería necesario verificar que la dieta ofrecida cumple con los requerimientos.

Evaluación del índice de masa corporal en los internos de un centro penitenciario

María Inmaculada Atrio Álvarez, Asier López de Arcaute Trincado,
Ana Isabel Erralde Díaz de Alda, María Ángeles Viejo Rivera,
María Elena Pujol Padró

Centro de Salud Zaballa. Centro Penitenciario Araba/Álava. OSI Araba. Osakidetza.

Introducción: La situación nutricional de los internados en centros penitenciarios dista mucho de lo deseado, por sus malos hábitos higiénico-dietéticos. Estos hábitos, heredados, en muchas ocasiones, de su cultura pre-penitenciaria (abuso de bebidas azucaradas, embutidos, alimentos ultraprocesados...) unidos al sedentarismo, inciden en un peso corporal superior al adecuado.

Objetivos: Medir el índice de masa corporal (IMC) en los internos de nuestro centro:

- Clasificar los IMC según la tabla de masa corporal.
- Comparar resultados con población general.

Métodos: Se ofreció medida de peso y estatura a los internos, informándoles del objetivo de la recogida de datos. Tras obtener las medidas, se clasificaron según la tabla IMC.

Resultados: Se midieron 608 pesos: 544 hombres y 64 mujeres. Los resultados obtenidos fueron:

Infrapeso (IMC <18,5):	14 personas	(2,3% del total)
Normopeso (IMC: 18,5-24,9):	233 personas	(38,32%)
Sobrepeso (IMC: 25-29,9):	235 personas	(38,65%)
Obesidad grado 1 (IMC: 30-34,9):	98 personas	(16,11%)
Obesidad grado 2 (IMC: 35-39,9):	17 personas	(2,79%)
Obesidad grado 3 (IMC: >40):	11 personas	(1,80%)
Obesidad total (grado 1 + 2 + 3):	126 personas	(20,72%)

Comparando con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2022 en la población general:

	Nuestro centro	Población general
Infrapeso	2,3%	2,6%
Normopeso	38,32%	44,3%
Sobrepeso	38,65%	33,6%
Obesidad	20,72%	13,9%

Si comparamos por sexos:

Hombres	Nuestro centro		Población general
	Casos	% en hombres	
Infrapeso	11	2,3%	1,10%
Normopeso	213	39,15%	38%
Sobrepeso	210	38,6%	40,5%
Obesidad	110	22,2%	15,2%

Mujeres	Nuestro centro		Población general
	Casos	% en mujeres	
Infrapeso	3	4,68%	3,9%
Normopeso	20	31,25%	50,2%
Sobrepeso	25	39%	27,1%
Obesidad	16	25%	12,6%

Analizando los datos vemos que, en términos totales, existe más porcentaje de sobrepeso y obesidad, destacando el doble de mujeres obesas que en la población general.

Tras realizar la prueba χ^2 para examinar la relación entre género e IMC, siendo la χ^2 de 3,3347 y p: 0,3428, la relación entre estas variables no fue significativa en $p < 0,05$.

Conclusiones:

- El porcentaje de sobrepeso y obesidad en nuestro centro alcanza el 59,4% frente al 47,7% de la población general.
- Separando por sexos, los hombres suman un 60,8% de sobrepeso y obesidad, frente al 55,7% de la población general mientras que, en mujeres, la diferencia es mayor, con un 64% frente al 39,7 de la población general.
- Debemos diseñar un plan de actuación sobre hábitos higiénico-dietéticos con los pacientes clasificados como obesos y sobrepeso.

Experiencia en espirometría forzada en un centro penitenciario

Fernando Ruiz Rodríguez, José Joaquín Antón, Inmaculada Gómez López,
José Ramón López Díaz, Juan Antonio Arance

Servicio Médico. Centro Penitenciario de Albolote. Granada.

Objetivos: Analizar los resultados de las espirometrías forzadas realizadas en un establecimiento penitenciario y relacionarlos con variables sociodemográficas (sexo, edad, IMC y tabaquismo).

Métodos: Estudio observacional, transversal, de la práctica clínica, de las espirometrías forzadas realizadas entre marzo de 2017 y 25 de enero de 2024. Se estudiaron un total de 199 pacientes a los que se realizó la prueba por indicación clínica de su Médico. Se utilizó un espirómetro Spirobank II con turbina reutilizable y boquillas desechables con lámina antirretorno, calibrado los días de las pruebas con jeringa de 3L de Vitalograph, las pruebas se analizan con el programa WinspiroPRO 7.0. Al detectarse alguna anomalía se realiza test postbroncodilatación con 300 mcg de salbutamol inhalado considerándose positivo si la FEV1 >12% (>200 mL). Para el análisis estadístico se ha usado el programa G-Stat 2.0.

Resultados: 29 casos (14,57%) descartados por no reunir calidad mínima, estudiados 170: 96 varones (56,47%) y 74 mujeres (43,53%), con edad media de 43,4 años (límites 19-76), la media de edad pulmonar estimada (ELA) de 65 años (límites 19-180). IMC medio 27,64% (16,5-45,9), 135 (79,41%) reconocían ser fumadores activos, 14 (8,24%) exfumadores. Consumo acumulado de tabaco (ICAT): media de 25,65 (0,5-114) paquetes/año. Entre los hombres había más fumadores que entre las mujeres (44,12% frente al 35,29%) pero sin diferencia estadística ($p = 0,63$, $\chi^2 = 0,22$). Presentaron alteraciones espirométricas 63 (37,05%) 37 (21,7%) hombres 26 (15,3%) mujeres ($p = 0,64$, $\chi^2 = 0,20$) con un riesgo relativo (RR) de 1,42 a favor de la condición de fumador para tener una espirometría patológica. Presentaban 26 (15,29%) obstrucción leve, 7 (4,12%) moderada, 11 (6,47%) grave, 9 (5,29%) restricción leve y 10 (5,88%) patrón mixto. En 16 casos (25,39%) la postbroncodilatación fue positiva. De las patológicas 59 (93,6%) se produjeron entre los 30 y los 60 años. Aplicando análisis de varianzas (ANOVA) no se encuentran diferencias estadísticas entre las variables que más podrían influir en los resultados entre los de pruebas positivas: ICAT $p = 0,64$ aunque el RR es más elevado en los fumadores, edad $p = 0,91$, IMC = 0,09, calidad de las pruebas $p = 0,05$.

Conclusiones: El tabaquismo es muy frecuente en la población estudiada, tanto en hombres como en mujeres y a dosis altas lo que se traduce en una elevación de la edad pulmonar estimada con incremento de la morbilidad.

Las alteraciones espirométricas sugerentes de obstrucción bronquial en la población estudiada son muy elevadas y hay predominio claro de la obstrucción en las espirometrías patológicas, especialmente en edades medias.

La espirometría forzada es una prueba complementaria muy eficiente y fácil de realizar en atención primaria y, por tanto, debería poder realizarse habitualmente en los servicios sanitarios de las prisiones.

Valoración de la salud bucodental e identificación de los factores de riesgo en las mujeres privadas de libertad en un centro penitenciario

Iratzu Elorriaga Miranda, Maria Luisa Argote Arrondo, Josélia Barbosa Da Silva, Maria Regueira Gayoso, Sonia Magaña Hurtado, Alfredo Fernández de Villaverde Sáenz de Ugarte

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario de Álava.

Objetivos: Determinar el estado de la salud bucodental de las mujeres en un centro penitenciario, así como identificar los factores de riesgo condicionantes más frecuentes.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal realizado entre febrero y marzo de 2024 a 45 mujeres internas, previo consentimiento informado. Se utilizó un formulario para valorar los factores sociodemográficos (edad, nivel educativo, conocimiento de técnicas de higiene oral) e identificar factores de riesgo como el hábito tabáquico, una dieta cariogénica y una higiene bucodental deficiente. Para la exploración oral se utilizó un espejo, una sonda exploratoria y revelador de placa bacteriana, acorde a las medidas higiénicas fijadas. Evaluamos el estado bucodental mediante el índice CPO-D (el cual mide los dientes cariados, perdidos y obturados, con los siguientes valores > 13,9: alto, 9,0-13,9: moderado, < de 8,9: bajo-muy bajo) y el índice de análisis de higiene oral de O'Leary para la identificación y cuantificación de la placa bacteriana (> 20: higiene deficiente, <20: higiene aceptable). El 8,88% de las mujeres (n=4) fueron excluidas puesto que no cumplían con los requisitos para los índices, ya que portaban prótesis completas.

Resultados: La participación fue del 67,16 % (n = 45) del total de las mujeres internas, con una edad media de 42,11 años (rango: 25-73). Se observó que el 69,22% no tenían estudios o graduado escolar. Los factores de riesgo determinantes más comunes fueron una higiene bucal deficiente (74,35%), según el índice O'Leary, una dieta cariogénica (71,79%) y el consumo de tabaco (64,10%). Los datos recogidos mediante el índice COP-D muestran que el 31,70% presentan un CPOD alto, el 29,26 % moderado y el 36,58% bajo-muy bajo. El 69,23% presentaban problemas periodontales siendo la gingivitis la más habitual. Sobre los conocimientos en cuanto a las medidas correctas de una higiene bucodental, el 68,88% respondió tener conocimientos y el 79,48% de las mujeres mencionaron limpiarse los dientes 2-3 veces al día.

Conclusiones: Se debe reconocer la salud bucodental como parte de la salud general. La higiene bucal deficiente presente en un porcentaje alto de las mujeres indica que la técnica utilizada es insuficiente o inadecuada. Por ello, desde el equipo sanitario es necesario implementar programas para la promoción de medidas de higiene oral y prevención de enfermedades bucodentales, así como campañas para concienciar de la importancia de mantener una dieta adecuada y prevención del tabaquismo.

Análisis de la alimentación módulo de mujeres en el Centro Penitenciario de Zaballa

Maria Luisa Argote Arrondo, Josélia Barbosa da Silva, Sonia Magaña Hurtado, M^a Isabel Básalo Fernández, Diana Pérez Martín, Irantzo Elorriaga Miranda

Unidad de Enfermería. Técnicos en Cuidados de Auxiliares de Enfermería. Centro de Salud Zaballa CP.
Centro Penitenciario Araba.
Organización Sanitaria Integrada Araba-Erakunde Sanitario Integratua.

Objetivos: Analizar los menús ofertados en el centro penitenciario y los alimentos de los economatos. Conocer la percepción de las internas acerca de los menús en el Centro Penitenciario de Zaballa.

Material y métodos: Realizado un estudio descriptivo y transversal: Descriptivo de la oferta alimentaria del servicio de cocina diseñado por Aukerak y análisis de los menús según el Índice de la Alimentación Saludable Español (IASE). Calculado según consumo diario de los diferentes grupos de alimentos (diario = 10, 3 veces a la semana = 7,5 1 o 2 veces a la semana = 5, menos de 1 a la semana = 2,5 nunca o casi nunca = 0).

Para conocer la percepción de las internas se realiza un sondeo de auto cumplimentación ad hoc creado por necesidad puntual, que constaba de cinco preguntas cerradas tipo likert y una abierta sobre el motivo de la compra en los economatos, fue ofertado el formulario a población diana 70 mujeres internas donde han participado 51,4%.

Las internas que respondieron al cuestionario lo hicieron de forma voluntaria, anónima y mediante consentimiento informado.

Resultados: La puntuación media de los menús, obtenida según IASE fue de 62,5 puntos. La participación fue del 51,4% (n = 36) del total de mujeres internas en el centro. Se observó que el 50% (n = 18) no están satisfechas con el menú, la cantidad servida no es suficiente según el 61,1% (n = 22), el 91,6% (n = 33) realizan compra en el economato de productos procesados, 94,4% (n = 34) les gustaría más variación de frutas ofertadas en el menú, la pregunta abierta el 100% (n = 36) han contestado en base a sus gustos por los productos procesados (patatas fritas, bollería, bebidas gasificadas y chocolate) y que se quedan con hambre.

Conclusión: La valoración de las internas en cuanto a cantidad, calidad, satisfacción es insuficiente y limitada. Este rechazo puede ser atribuido a otros factores como la naturaleza educativa o cultural.

Los alimentos ofertados en los economatos los ingredientes predominantes son las harinas refinadas, azúcares, grasas saturadas y aditivos.

El menú ofertado en el centro corresponde a las necesidades nutricionales según el IASE.

Evaluación de las salidas al hospital en un centro penitenciario en los últimos 11 años

M^a Isabel Básalo Fernández, Asier López de Arcaute Trincado, Sonia Magaña Hurtado, Lorena Valladolid Fernández, Alfredo Fernández de Villaverde Sáenz de Ugarte

Centro de Salud de Zaballa. Centro Penitenciario Araba/Álava. OSI Araba. Osakidetza.

Introducción: Las salidas al hospital suponen un gran coste burocrático, económico y personal. Administrativos del Centro de Salud y de Régimen deben coordinarse para programar la salida. El día de la cita, el paciente deberá ser acompañado por las Fuerzas de Seguridad del Estado. Una vez en el hospital, el paciente debe “exponerse” a acudir esposado y custodiado por las FSE.

Todo este procedimiento supone un elevado coste económico y logístico y aumenta el riesgo de incidencias relacionadas con la seguridad.

En el centro disponemos atención presencial de ginecología, salud mental y odontología (extracciones).

Objetivos: Cuantificar las salidas al hospital desde nuestro centro en las modalidades de consulta programada o a Urgencias, en los últimos once años.

- Cuantificar las consultas realizadas con telemedicina
- Proponer estrategias que permitan disminuir el número de salidas al hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo que mide el número de salidas a consultas hospitalarias entre 2013 y 2023. Diferenciamos las que se realizaron a consultas programadas y las que fueron a urgencias. Asimismo, cuantificamos las consultas realizadas, en el propio centro, con telemedicina.

Resultados: Los resultados obtenidos tras analizar las salidas hospitalarias fueron:

- Año 2013: (internos presentes el último día del año: 682)
 - Salidas totales: 1046
 - Programadas: 831
 - Urgencias: 215
 - Telemedicina: 300
- Año 2014: (680)
 - Salidas: 1076
 - Programadas: 702
 - Urgencias: 374
 - Telemedicina: 253
- Año 2015: (673)
 - Salidas: 1304
 - Programadas: 1105
 - Urgencias: 199
 - Telemedicina: 300
- Año 2016: (682)
 - Salidas: 1562
 - Programadas: 1371
 - Urgencias: 191
 - Telemedicina: 232

COMUNICACIONES.

Ponencias y comunicaciones del XV Congreso Nacional y XXIII Jornadas de la SESP
Vitoria-Gasteiz, 23, 24 y 25 de mayo de 2024 – www.congresosesp.es.

- Año 2017: (655)
 - Salidas: 1616
 - Programadas: 1356
 - Urgencias: 260
 - Telemedicina: 224
- Año 2018: (682)
 - Salidas: 1491
 - Programadas: 1198
 - Urgencias: 293
 - Telemedicina: 257
- Año 2019: (692)
 - Salidas: 1531
 - Programadas: 1382
 - Urgencias: 149
 - Telemedicina: 170
- Año 2020: (624)
 - Salidas: 842
 - Programadas: 692
 - Urgencias: 150
 - Telemedicina: 114
- Año 2021: (707)
 - Salidas: 560
 - Programadas: 398
 - Urgencias: 162
 - Telemedicina: 133
- Año 2022: (794)
 - Salidas: 1435
 - Programadas: 1265
 - Urgencias: 170
 - Telemedicina: 101
- Año 2023: (778)
 - Salidas: 2109 (se inician salidas a dentista privado)
 - Programadas: 1845
 - Urgencias: 264
 - Telemedicina: 109

Conclusiones: Con la excepción del período de pandemia, la cifra de salidas hospitalarias ha aumentado considerablemente. También ha aumentado el número de internos presentes en el centro.

- El número de consultas de telemedicina ha disminuido debido al descenso de necesidad de citas con infecciosas (único servicio que realiza telemedicina)
- Para optimizar recursos sería deseable aumentar el número de Servicios que realicen telemedicina o más especialistas que acudan al centro.

Características demográficas y principales factores de riesgo cardiovascular en personas ingresadas desde libertad en un centro penitenciario durante 2023

Andoni Vargas Axpe, Asier López de Arcaute Trincado, Eva M^a Fernández López de Vicuña, Maite Nogales García, M^a Elena Pujol Padró, Rafael Velasco García

Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba/Álava. OSI Araba. Osakidetza.

Objetivos: Conocer las características demográficas y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables de las personas que ingresaron en nuestro centro, desde libertad, durante 2023.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, siendo incluidas todas las personas ingresadas desde libertad en el centro Penitenciario Araba durante 2023.

Se recogieron las variables sociodemográficas edad, género y nacionalidad, así como, diversos FRCV modificables (tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia).

Resultados: La edad media de la población es de 38,82 años, con una desviación estándar de 11,23, una edad mínima de 20 años y una máxima de 74. Respecto a grupos de edad, el 25,5% (n = 51) tienen entre 20 y 30 años, entre 31 a 40 años, el 34% (n = 68), los comprendidos entre 41 a 50 años el 24,5% (n = 49), el rango de edad de 51 a 60 años el 18% (n = 26) y los mayores de 60 años del 3% (n = 6).

Respecto al género, el 19,5% (n = 39) son mujeres, y el 80,5% (n = 161) hombres. En cuanto a nacionalidad, el 62% (n = 124) son nacionales y el 38% (n = 76) extranjeros. De los extranjeros el 89,5% (n = 68) son hombres y el 10,5% (n = 8) mujeres. En cuanto a procedencia de los extranjeros el 46,1% (n = 35) son hispanoamericanos, el 34,2% (n = 26), europeos no españoles 7,9% (n = 6), de África central 6,6% (n = 5) y asiáticos el 3,9% (n = 3). Destacando que el 87,5% de las mujeres extranjeras (n = 7) son hispanoamericanas y el 12,5% magrebí.

Respecto a los FRCV, el tabaquismo es el más prevalente, 71,5%, (n = 143) siendo más frecuente en varones, 82% (n = 117) respecto a mujeres 18% (n = 26).

La HTA presenta prevalencia del 6,5% (n = 13), encontrándose en un 69% de los hombres (n = 9) y un 31% de las mujeres (n = 4).

Para finalizar, la dislipemia con una prevalencia del 5,5% (n = 11) distribuida entre el 82% de los hombres (n = 9) y el 18% de las mujeres (n = 2) y la diabetes mellitus con un 4,5% (n = 9) distribuida entre un 69% de hombres (n = 8) y un 11,2% (n = 1) de las mujeres.

Conclusiones: Distribución demográfica heterogénea en cuanto a edad, género y nacionalidad.

Población relativamente joven, con una amplia variabilidad en los grupos de edad.

Proporción significativa de extranjeros, principalmente de origen hispanoamericano.

El tabaquismo se presenta como el factor de riesgo más prevalente en nuestro medio.

Disparidades significativas en la prevalencia de los FRCV entre hombres y mujeres.

Los resultados resaltan la necesidad intensificar las estrategias de prevención y control de los FRCV en el entorno penitenciario.

Implantación de un programa de educación para la salud para apoyos sanitarios. Centro Penitenciario de Zuera

Susana Gimeno Bardaji, Rebeca Llopis

Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza.

Introducción: La población penitenciaria ha cambiado en los últimos años.

Según el INE, en prisiones el porcentaje de mujeres mayores de 60 años era del 2,76% en 2015 y del 5,17% en 2022 y el porcentaje de hombres mayores de 60 años era del 3,35% en 2015 y del 4,84% en 2022.

La prevalencia de la enfermedad mental en prisiones se sitúa entre el 50% y el 80%, una tasa superior a la población general.

Según un estudio multicéntrico, 1 de cada 2 internos presentaba patología crónica.

La mayor demanda asistencial y la disminución de personal sanitario ha reforzado la figura del “apoyo sanitario”. Son internos que realizan voluntariamente apoyo a otros internos y mediación en temas de salud.

Los apoyos sanitarios del C.P. Zuera solicitaron formación para realizar sus funciones con calidad.

Objetivo: Capacitar a los apoyos sanitarios para desarrollar su trabajo con seguridad y motivación.

- Crear espacios de debate donde compartir dificultades.
- Incluir nuevos internos.

Métodos:

- Es un programa piloto de educación para la salud, dirigido a apoyos sanitarios.
- Desarrollado por una enfermera del centro y una EIR de salud mental en formación.
- Participación: 18 mujeres y 26 hombres.
- Metodología: tres áreas de aprendizaje (conocimientos, habilidades y actitudes).
- Actividades (Role Playing, PowerPoint, prácticas, evaluaciones).
- Constó de 6 módulos (3 de debate y 3 formativos):
 - 1ª Debate: “Autoestima. Autocuidado”.
 - 2ª Formación: “Primeros auxilios”.
 - 3ª Debate: “Uso responsable de la medicación”.
 - 4ª Formación: “Hábitos higiénicos-dietéticos”.
 - 5ª Formación: “Acompañamiento al paciente psiquiátrico”.
 - 6ª Debate: “Relajación. Métodos alternativos para afrontar situaciones estresantes”.

Resultados: Fueron 44 participantes (26 hombres y 18 mujeres) de los cuales 22 (10 hombres y 12 mujeres) abandonaron. Terminaron el programa 22 personas (6 mujeres y 16 hombres).

Existieron evaluaciones en cada sesión y evaluación final.

Los internos han adquirido nuevos conocimientos y habilidades.

Queda comprobada la importancia de formación y de acompañamiento a los apoyos por el personal sanitario.

Conclusiones: Alto interés en adquirir nuevos conocimientos y destrezas.

La evaluación final concluyó con una puntuación de 8 sobre 10 en contenidos y metodología. Muy valoradas las prácticas y especial interés por los cuidados a personas dependientes y con patología mental.

Una de las principales dificultades es la poca estabilidad del grupo.

Planteamos realizar una edición anual e implicar en el programa médicos, psicólogos y educadores.

Influencia del tratamiento directamente observado en el número de intoxicaciones medicamentosas en Centro Penitenciario de Zaballa

María Laura Arbeo Echeverría, María Regueira Gayoso, Blanca María Brea Navarro, Mónica González Crespo, Ainhoa Bengoa Landazuri, M^a Isabel Básalo Fernández

Enfermería. Centro Penitenciario de Álava. Zaballa.

Objetivos: Comparar como afecta la implantación del Tratamiento Directamente Observado (TDO), en el número de intoxicaciones medicamentosas y su posterior asistencia, tanto en la consulta de enfermería del centro (intoxicaciones leves), como en ingresos hospitalarios, UCIS, así como *exitus*.

Métodos: Estudio retrospectivo de los datos recogidos en el centro penitenciario pre y post TDO. Realizando:

- Consulta en las bases de datos de farmacia, que indican el incremento de medicamentos unitarios y de internos que están sujetos al TDO.
- Consulta en OSABIDE y en archivos de la Dirección médica del Centro Penitenciario (C.P.) Zaballa, obteniendo datos sanitarios de aquellos internos que necesitaron atención médica primaria y/o secundaria.

Resultados: Previo a la entrada en vigor del auto, el total de internos eran 625, de los cuales 29 estaban en TDO (un 4,64% de la población reclusa).

Actualmente de 850 internos, 405 están en TDO (un 48% de la población total).

Se reparten 1735 unidosis diarias, en 3 tramos (m-t-n) con mayor volumen en la toma nocturna (961 comprimidos).

Referente a las intoxicaciones medicamentosas los resultados obtenidos son:

- Año 2020 (previo a la obligatoriedad del TDO) hubo 33 sobredosis: 14 en enfermería C.P., 17 derivados a urgencias hospitalarias, de los cuales, 6 ingresaron en UCI y 2 *exitus*.
- Año 2021 (TDO en funcionamiento) hubo 6 sobredosis: 2 en enfermería C.P., 4 derivados a urgencias hospitalarias, de los cuales, 1 ingresó en UCI y 0 *exitus*.
- Año 2022, 3 sobredosis: 1 en enfermería del C.P., 2 derivados a urgencias hospitalarias, 0 UCI y 0 *exitus*.
- Año 2023: no se registran incidencias.

Conclusión: Según el auto de obligado cumplimiento del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Bilbao (expediente 3732-2020), se dispone la implantación del TDO en los centros penitenciarios de la C.A de Euskadi debido al incremento de intoxicaciones medicamentosas.

Los profesionales encargados de dispensar la medicación supervisarán que las tomas se hagan correctamente, en los tramos horarios (m-t-n) de lunes a domingo.

La aplicación de lo anterior se ha reflejado en una reducción notable de las incidencias por intoxicaciones medicamentosas, tal como se muestra en los datos recabados.

También se han percibido cambios a nivel organizativo, haciendo necesario un incremento del personal, (TCAE; farmacia), para poder llevar a cabo la correcta gestión del TDO.

Todo ello nos lleva a seguir trabajando en esta misma línea, visto los resultados positivos del establecimiento del TDO en C.P. Zaballa

Implantación de la gestión de la demanda en Centro Penitenciario de Zaballa (Álava)

María Regueira Gayoso, María Laura Arbeo Echeverría, Blanca María Brea Navarro, Mónica González Crespo, Ainhoa Begoa Landazuri, Irantzu Elorriaga Miranda

Centro Penitenciario de Álava. Zaballa.

Objetivos: Describir el proceso de implantación de la gestión de la demanda, siguiendo las líneas estratégicas de Atención Primaria de OSI Araba.

Métodos: Obtención de datos del programa Sistema Interno Penitenciario (SIP) utilizado por los funcionarios para la gestión de las citas médicas, registradas sin establecer ningún criterio sanitario que diferencie atención médica de atención enfermera.

Consulta en las agendas médicas y de Enfermería de los módulos en los que se ha empezado con el programa de gestión de la demanda.

Resultados: El personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAEs), acuden 5 días por semana, en el horario establecido de forma consensuada con la dirección penitenciaria y médica a los módulos donde se realiza la demanda, en un espacio establecido para ello.

Se utiliza un formulario de plantilla interna, con los siguientes datos: fecha, Código de Identificación Corporativo (CIC), facultativo, enfermería, módulo y motivo de la consulta.

Cada interno, de forma individualizada, explica su sintomatología o petición en base a lo cual se deriva a:

- Consulta médica: bajas por incapacidad temporal, informes, cambio de medicación, agudización o empeoramiento de la enfermedad, etc...
- Consulta enfermería: curas, inyectables, vacunaciones. Síntomas leves o comunes (fiebre, catarro, dolor de garganta, vómitos, etc... Síntomas urinarios de la mujer. Seguimiento de la enfermedad (EPOC, diabetes, anticoagulación, etc... Petición de medicación crónica. Deshabitación tabáquica etc...

El día 1/06/2023 se inicia el pilotaje en el módulo 9, de mujeres y de respeto, con 41 internas. Hasta el 31/01/2024, se realizan:

- 299 citas médicas.
- 325 citas de enfermería.

Datos anteriores registrados en el SIP: 218 citas en agenda médica (1/01/2023-1/06/2023).

El día 23/10/2023 se inicia la prueba en el módulo 6, de hombres, conflictivo. Hay un total de 79 internos. Hasta el 31/01/2024 se realizan:

- 315 citas médicas.
- 325 citas de enfermería.

Anotados en el SIP, del 1/01/2023 a octubre de ese mismo año, hay 344 internos en agenda médica.

Conclusión: Mediante este sistema, los internos que han hecho uso de él, han sido correctamente derivados, según sintomatología, a la agenda del profesional adecuado, ya que previamente no se establecía ningún criterio sanitario para diferenciar entre la consulta médica o de enfermería.

Enfermería de enlace: un año de derivaciones y coordinación intra-extrapenitenciaria en un centro penitenciario de Barcelona

Francisco Javier Rodríguez Acevedo, Gustavo Adolfo Jiménez Fragoso

Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) La Roca del Vallès. Centre Penitenciari Quatre Camins. Barcelona

Objetivos: Analizar los resultados de la enfermería de enlace durante un año y valorar el impacto en la coordinación de la atención y la satisfacción del paciente.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en un centro penitenciario de penados revisando los registros de los internos atendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023. A todos se les realizó una visita inicial y posteriores de seguimiento hasta su excarcelación. Se recogieron:

- Variables epidemiológicas (edad, sexo, origen, infección por VIH, por VHC y coinfección VIH/VHC);
- Derivaciones a servicios extrapenitenciarios (centro de atención primaria, hospitalaria, salud mental y drogodependencias);
- Consentimiento informado (CI) de la intervención y
- Asistencia o no a las visitas concertadas.

Resultados: Se estudiaron 274 casos, hombres de 42,8 años de media, el 10,3% infectado por el VIH; el 21,9% con AcVHC y carga viral indetectable; el 6,09% coinfectados VIH/VHC; el 18,2% con patología mental y el 54% con patologías crónicas. El 5,4% (15) no firmaron el CI y se cerraron los casos sin poder realizar ningún trámite.

De los 274 casos fueron derivados 164 (59,85%) a los diferentes servicios para continuar con el seguimiento de sus respectivas patologías. Se observó que el 41% de los VIH, el 39% de VHC, el 63% con patología mental, el 49,4% con patologías crónicas y el 100% drogodependientes acudieron a la visita (55,3% españoles *vs.* 62,3% extranjeros) que se les había concertado.

El contacto de la enfermería de enlace con los servicios extrapenitenciarios se asoció con una mejor coordinación de la atención, reduciendo los tiempos de espera para consultas especializadas y la duplicación de pruebas diagnósticas. Los pacientes destacaban la calidad de la comunicación y el apoyo recibido durante el proceso de atención y derivación.

Conclusiones: La enfermería de enlace desde su introducción en el sistema de salud penitenciario está desempeñando un papel fundamental en la mejora de la coordinación intraextrapenitenciaria, la continuidad asistencial y en la atención y satisfacción del paciente. Estos resultados respaldan la importancia de fortalecer y expandir este modelo de atención, aunque se tendrá que seguir implementando este programa y aplicar estrategias para mejorar la asistencia a las visitas concertadas y la aceptación a participar.

Palabras clave: prisión; enlace; enfermería; derivaciones.

Abordaje multifactorial de una herida compleja con afectación tendinosa para evitar intervención quirúrgica + injerto con productos inocuos y naturales

Salvador Quintero^{1,2}, Montserrat Vidal², Raquel Bádrenas²,
Josefina González-Ferrer², María del Ara Moruno², Javier Ruiz de Amo²

¹Unidad de Enfermería de Curas Complejas. Sant Esteve de Sesrovires 2. Barcelona.

²Equipo de Atención Primaria Penitenciaria. Sant Esteve de Sesrovires 2. Barcelona.

Objetivos: Evitar intervención quirúrgica + injerto en paciente con úlcera húmeda y afectación tendinosa por necrosis cutánea volar F1 del 4º dedo 2º quemadura mano derecha, desde la Unidad de Enfermería de Curas Complejas (UECC) en coordinación con el servicio de traumatología de referencia.

Métodos: Se observa miembro con flogosis y costra que cubría la totalidad del tejido lesionado. Curas en campo estéril realizadas en la UECC del centro penitenciario de Brians-2 durante 5 semanas. Se le hace infiltración con enzimas proteolíticas, principalmente, de colagenasa para desbridamiento enzimático intra-costra que se resuelve a las 24h, presentando úlcera húmeda con afectación del ligamento visible.

Valoración del dolor EVA: 8, por lo que se decide lavado por Inmersión del dedo en solución de ácido hipocloroso + hipoclorito de sodio (Microdacyn®), como solución limpiadora y aplicamos malla antiadherente de miel de grado médico de trigo de sarraceno (Principelle IF®), con apósito oclusivo de silicona.

Resultado: Ingresa en prisión de conducción para intervención quirúrgica + injerto y posterior rehabilitación con diagnóstico de:

- Necrosis cutánea volar F1 del 4º dedo 2º quemadura.
- Necrosis cutánea distal F3 del 5 dedo 2º quemadura.

Previamente, en el 5º dedo, el 21/11/23 se le practica intervención quirúrgica efectuándose: colgajo heterodigital cruzado. Cobertura zona donante con injerto piel libre tomado zona tenar a la cual se realiza cierre directo. Posteriormente (14/12/23), se procede a realizar nueva intervención quirúrgica, efectuándose: liberación de colgajo hetero-digital cruzado y desbridamiento del resto de heridas.

Desde la Unidad de Enfermería de Curas Complejas (UECC) se consigue la reconversión total de la epidermis sin necesidad de intervención quirúrgica ni injerto tras curas c/48h. durante las 3 primeras semanas donde se repite el mismo proceso curativo reduciéndose inflamación y dolor en las sucesivas intervenciones. A partir de la 4ª semana se espaciaron a 2 curas semanales 2 semanas más hasta el alta.

Conclusión: Con un adecuado manejo multifactorial de una herida compleja y la aplicación de técnicas de cura avanzada se pueden conseguir la curación total de las distintas lesiones derivadas a las (UECC). Asimismo, la utilización juiciosa de la evidencia científica en materiales inocuos y naturales disponibles como guía para la práctica clínica, puede constituir un eje, a tener en cuenta, en el abordaje de estas lesiones, que junto a una coordinación multidisciplinar eficaz pueden conseguir, como en el caso clínico que se presenta, la resolución de la misma sin necesidad de recurrir a la intervención quirúrgica ni al injerto tisular.

También nos permite ilustrar el papel fundamental que la enfermería de Atención Primaria puede y debe jugar en este tipo de lesiones.

Integración en la sanidad pública. Nuevos paradigmas en el abordaje de una consulta de enfermería en el Centro Penitenciario Brians-2 de Cataluña

Eduardo Marín^{1,2,3}, Salvador Quintero^{1,3}, María del Ara Moruno^{1,3},
Patricia Alonso^{1,3}, Rafael García^{1,2,3}

¹Equipo de Enfermería Primaria Penitenciaria de Sant Esteve de Sesrovires-2 del C.P. Brians 2.

²Equipo de Gestión Brians 2.

³Vocalía Familiar y Comunicatoria (equipo de prisiones) del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.

Objetivos: Integrar las consultas de enfermería de los equipos gestionados por la atención primaria pública con las consultas de enfermería penitenciaria.

Definir las nuevas competencias de la enfermera de prisiones en Cataluña, resaltando nuestras singularidades con respecto al sistema catalán de familiar y comunitaria

Métodos: Observación descriptiva retrospectiva de la adecuación y uso de los protocolos de asistencia ambulatoria; creación y asignación de las nuevas referencias de la sanidad pública; disponer con una unidad específica de formación continuada e investigación; mantener la continuidad asistencial pública extra-penitenciaria por medio de la enfermera de enlace.

Uso y seguimiento, como usuario, de la misma historia clínica pública (ECAP), así como de la posibilidad de acceso a toda la red telemática asistencial sanitaria de Cataluña (HC3); disponibilidad de integración del aparataje y de los resultados de todas las pruebas diagnósticas en sus respectivas historias clínicas. Incorporación a la red sanitaria de los laboratorios analíticos públicos. Integración de horario asistencial público.

Resultados: La obtención de un innovador modelo holístico penitenciario que abarque todas las esferas de necesidades de nuestros usuarios, basado en los conocimientos y experiencia del ámbito de atención primaria pública, más los conocimientos de la enfermería de prisiones, ha hecho posible que seamos mejores profesionales consiguiendo cotas de excelencia en la atención integral al usuario no antes alcanzables.

Conclusiones: La integración de la sanidad penitenciaria en la gestión pública de atención primaria es un requisito indispensable para alcanzar todos los objetivos competentes necesarios para una atención sanitaria oportuna, segura, equitativa, efectiva y eficiente.

Satisfacción y calidad de vida en internados en prisión tratados con Cabotegravir más Rilpivina de acción prolongada (Cabo/Rilpi AP) medida mediante los cuestionarios CESTA y HAT-QoL. Resultados preliminares

Salvador Quintero, María del Ara Moruno, Eduardo Marín, Raquel Bádrenas, Josefina González-Ferrer, N. González López, M. Serrano

Equipo de Atención Primaria Penitenciaria de Sant Esteve de Sesrovires-2. Barcelona.

Objetivos: Evaluar en internos tratados con Cabotegravir/Rilpivirina de Acción Prolongada (AP) la satisfacción, aspectos relacionados con el tratamiento antirretroviral (TAR) y calidad de vida percibida

Métodos: Estudio observacional efectuado en Brians-2, iniciado en mayo de 2023, que incluye el traspaso de los cuestionarios validados “CESTA” y “HAT-QoL” en los internos tratados con Cabo/Rilpi AP durante un año. Se presentan los resultados preliminares obtenidos en los internos tratados ≥ 3 meses.

El CESTA consta de 8 ítems: siete con escala Likert sobre satisfacción y uno que evalúa la importancia de aspectos del TAR: control de la enfermedad, efectos secundarios, frecuencia de tomas/día, número de pastillas/toma y cambio o restricción en la alimentación. El HAT-QoL consta de 3 ítems: cómo se siente con el TAR; cómo se siente por estar infectado y grado de satisfacción (siempre, la mayoría, a veces, pocas veces, nunca) respecto a algunas cuestiones. Las puntuaciones que valoran calidad de vida se ponderan según importancia asignada y la suma permite obtener un índice agregado simple (de <15 , menor satisfacción con el TAR; a 100, mayor satisfacción).

Se recogen variables epidemiológicas y clínicas y se analiza la tendencia de la satisfacción, cuestiones relacionadas y calidad de vida percibida mediante el análisis de la varianza.

Resultados: Hubo 7 pacientes en tratamiento, pero sólo 6 con 3 o más administraciones. Edad media: 54,6 años (rango: 48-63), 57,1% con antecedente de uso de drogas intravenosas y 609 (rango: 374-825) de media de CD4/mL. Basalmente, la media de satisfacción fue de 21,3 y la importancia del TAR de 16,2 y, a los tres meses, de 25,2 y 18,3, respectivamente, sin diferencias significativas ($p > 0,05$). Se observaron mejoras en la calidad de vida con el tratamiento parenteral (119 con “oral” vs. 147 con parenteral a los 3 meses; $p > 0,05$).

Los pacientes acudieron puntualmente a las citas programadas para la administración y no hubo abandonos del tratamiento.

Conclusión: Aunque medir satisfacción y calidad de vida en privados de libertad siempre es complejo, se ha observado una mejora en los ítems que miden satisfacción, importancia y calidad de vida en los pacientes que iniciaron tratamiento con Cabo/Rilpi AP, pero sin significación estadística. Los resultados son preliminares y deben valorarse con cautela al tratarse de un número de casos bajo y con tiempo de seguimiento escaso.

Abordaje de una úlcera hiperexudativa en zona con pérdida muscular tratada con terapia de presión negativa en la unidad de enfermería de curas complejas de un centro penitenciario

Salvador Quintero del Río^{1,2}, Raquel Bádrenas², Josefina González-Ferrer²,
María del Ara Moruno², Montserrat Vidal², Javier Ruiz de Amo²

¹Unidad de Enfermería de Curas Complejas.

²Equipo de Atención Primaria Penitenciaria de Sant Esteve de Sesroviros-2. Barcelona.

Objetivos: Las úlceras complejas hiperexudativas provenientes de planos profundos precisan de la reducción del exudado para conseguir la cicatrización y evitar la aparición de complicaciones. Se presenta el caso y la evolución de una úlcera con pérdida muscular y epidermis fina deshidratada tratada en la Unidad de Enfermería de Curas Complejas (UECC).

Métodos: Úlcera exudativa atendida en la UECC del centro penitenciario de Brians-2 durante 7 semanas. Se utilizó tratamiento oclusivo con técnica TIME más extra de alginato cada 48 h. sin éxito. Posteriormente se optó por terapia de presión negativa (TPN), (SIMO[®]), más infiltraciones con cánula hasta periostio con ácido hipocloroso e hipoclorito de sodio (Microdacyn[®]) a nivel profundo, así como malla antiadherente con miel de grado médico de trigo de sarraceno, (Principelle IF[®]), en superficie del lecho de la úlcera con oclusión de apósito de sellado presurizado.

Resultados: Paciente varón de 33 años que ingresó en prisión con antecedente de deformidad por fractura media abierta diafisaria tibio-peroneal derecha ocurrida en República Dominicana, que precisó material de osteosíntesis, 5 años antes del ingreso que le dejó cojera crónica. A la inspección, se observaba epidermis fina y deshidratada. Remitido a Consulta de Heridas Complejas por presentar úlceras exudativas en la zona afectada tras contusión con un objeto romo y no haber mejorado en las primeras curas por enfermería de Módulo. En una de las úlceras presentaba canal comunicante hasta periostio tibial bajo cobertura antibiótica.

Tras TPN, infiltraciones hasta periostio y miel de grado médico de trigo de sarraceno se controló el exudado y pudieron espaciarse las curas (2/semana) durante los primeros 15 días y, después, una semanal hasta completar 4 semanas. La epidermis consolidó y se procedió al alta del paciente.

Conclusión: Las úlceras exudativas precisan técnicas avanzadas, a veces incluso quirúrgicas, para conseguir la cicatrización definitiva y evitar la aparición de complicaciones. Sin embargo, estas técnicas, cuando se efectúan en Unidades Especializadas, como se observa en el caso presentado, pueden suponer la cicatrización y el alta del paciente en un breve periodo de tiempo. Se recomienda derivar los casos complejos a este tipo de unidades y que haya enfermeros con la preparación de referentes de Curas Complejas en las Unidades de Atención Primaria Penitenciaria.

Análisis lexicométrico de noticias de prensa escrita española sobre VIH y prisión durante cuatro décadas

Manuel V. Planelles-Ramos¹, Eva Martí Marco², Pilar Molés-Julio²,
Enrique J. Vera-Remartínez¹

¹Centro Penitenciario Castellón I.

²Universitat Jaume I.

Objetivos: Intentar comprender la influencia del VIH en instituciones penitenciarias mediante el análisis lexicométrico de noticias de prensa escrita española relacionadas con VIH y prisión.

Material y métodos: Diseño observacional, descriptivo y retrospectivo basado en noticias publicadas en los periódicos El País, ABC, La Vanguardia y El Periódico Mediterráneo desde 1981 hasta 2020, que vinculan la infección por VIH, con instituciones penitenciarias. La búsqueda se llevó a cabo en hemerotecas digitalizadas mediante suscripción a los periódicos consultados. Se emplearon técnicas avanzadas de búsqueda, incluyendo selección temporal por fechas, formato del contenido, secciones específicas y la combinación de términos con operadores booleanos y truncamientos. Los descriptores utilizados fueron: “Síndrome de Inmunodeficiencia Humana” o “SIDA”, “VIH”, “presos”, “prisiones”, “cárceles” y “antirretrovirales”. Una vez seleccionadas, se introdujo el contenido completo de cada una de las noticias en el software ATLAS Ti v.9 y a partir del corpus textual se desarrollaron nubes de palabras en función de la frecuencia de repetición de cada palabra, empleando técnicas de tokenización, normalización de texto y filtrado de palabras sin significado.

Resultados: Se analizaron 318 artículos, con 10.502 palabras distintas, de las que se seleccionaron 108 con frecuencias superiores a tres. En la nube de palabras entre 1981-1989 destacan: “virus” “síndrome” “contagiar” “jeringuilla” o “morir” en clara relación con la existencia de algo que estaba empezando en los centros penitenciarios su principal vía de contagio y el fatal desenlace que ofrecía. La nube correspondiente a 1990-1999: “Sida” “Enfermedad” o “tratamiento” reflejan mayor conocimiento, así como la aparición de los primeros fármacos de alta actividad en especial a partir de 1996. En la nube entre 2000 y 2009 destacan: “salud” “tratamiento” o “hepatitis” como consolidación y normalización del tratamiento, cronificación del proceso y el inicio de otros nuevos tratamientos como el de hepatitis C. La última década 2010-2020 destacan términos como: “euro” “gastar” “invertir” “comprar” “coste” o “total” términos claramente economicistas sobre la inversión realizada.

Conclusiones: La evolución del VIH en las prisiones españolas ha sido un viaje complejo y multifacético, influenciado por la percepción y cobertura mediática. A través de técnicas lexicométricas este estudio ha proporcionado una visión de cómo la prensa ha interpretado y representado esta crisis de salud pública a lo largo de los años. Aunque se han logrado avances significativos en la atención y gestión del VIH en contextos penitenciarios, persisten desafíos y tensiones que requieren atención continua y soluciones innovadoras.

Palabras clave: periódicos como asunto; síndrome de inmunodeficiencia humana; prisiones; España.

Perfil clínico-epidemiológico de los infectados por VIH que ingresan en prisión y variables asociadas a la discontinuación del tratamiento antirretroviral

Elena Yela¹, Lidia Puig¹, Neus Solé², Andrés Marco², Carmen Macías¹,
Sonia Mellado¹

¹Equipo de Atención Primaria Penitenciaria de Sant Esteve de Sesrovires Centro Penitenciario Brians-1.

²Programa de Salut Penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

Objetivos: Determinar la tasa de infección por VIH y perfil clínico-epidemiológico de los infectados ingresados en prisión, así como variables asociadas a la discontinuación del tratamiento antirretroviral (TAR).

Métodos: Estudio observacional de los ingresados en la prisión de Brians-1, que acoge a más del 75% de todos los ingresos de Cataluña, en 2023. Se calcula la prevalencia de infección por VIH detectada mediante la historia clínica compartida o el cribado de ingreso. Se comprobó si mantenían TAR y, en caso negativo, posibles variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínico-terapéuticas asociadas. Las variables continuas se caracterizaron mediante medias y desviación típica y las discretas mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95%. Para medir las diferencias entre grupos se utilizaron pruebas t para datos independientes con las variables continuas y pruebas χ^2 para las discretas. Para valorar factores predictivos de abandono se diseñó un análisis bivalente y multivalente mediante regresión logística.

Resultados: Hubo 2882 ingresos, de $47 \pm 8,3$ años de media, 85,9% hombres y 56,1% españoles. Se detectaron 57 (2%) infectados por VIH y 4 (7%) fueron nuevos diagnósticos con >350 CD4/mL. El 84,2% sin antecedentes penitenciarios, el 59,6% usuario de drogas inyectadas y el 26,3% con diagnóstico de SIDA. El 42,1% presentó pruebas IGRA positivas, el 22,8% RNA-VHC+, y el 12,3% y 5,3% tenía antecedente de lúes y gonorrea, respectivamente.

De los 53 casos diagnosticados antes, 20 (37,7%) no mantenía TAR y 10 (18,9%) no tenía vinculación con dispositivo prescriptor de TAR. La discontinuación del TAR se asoció: a) al antecedente penitenciario (35,6% de discontinuación si tenía antecedente vs. 0% en los que no; $p = 0,04$); y b) a carecer de vinculación con dispositivo asistencial prescriptor (21,3% de discontinuación en los que sí vs. 100% en los que no; $p < 0,001$).

Discusión: La historia clínica compartida y el cribado universal al ingreso son básicos para detectar infectados por VIH (tasa del 2% en este estudio). El 35,7% de los infectados había discontinuado el TAR, significativamente más frecuente si presentaban antecedente penitenciario, y el 17,5% carecía de vinculación a dispositivo asistencial. Se recomienda asegurar la vinculación con dispositivos asistenciales para garantizar la continuidad de TAR en todos los infectados, incluso si la estancia en prisión se prevé corta.

Prevalencia y perfil de los internos infectados por VHD en Cataluña

Indiana Jesús Abdó^{1,2}, Carlos Gallego^{1,3}, Ana María Ruiz^{1,4},
Efrain Arturo Moreno^{1,3}, Elena Yela⁵, Neus Solé^{1,2}, Andrés Marco^{1,6,7}

¹Grup per al Control de les Malalties Infeccioses a Presons (GRUMIP).

²Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) de Puig de les Basses.

³Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) de La Roca del Vallés.

⁴Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) de Sant Esteve de Sesrovires 2.

⁵Equip d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP) de Sant Esteve de Sesrovires 1.

⁶Enfermedades Infecciosas del Programa de Salud Penitenciària.

⁷CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Objetivos: Determinar la prevalencia de la coinfección VHB/VHD y conocer las características de esta población.

Métodos: Estudio multicéntrico de prevalencia de VHD efectuado en cuatro prisiones de Cataluña: Brians-1, Brians-2, Quatre Camins y Puig de les Basses. Para analizar el perfil poblacional se incluyeron variables epidemiológicas (edad, sexo, origen y consumo de drogas), preventivas (vacunación antiVHB), clínicas (infección por VIH y VHC) y terapéuticas (tratamiento anti VHB). Se realizó un análisis bivariado inferencial del VHD con las demás covariables a través de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Se detectaron 71 internos con infección crónica por VHB: 95,8% hombres, 81,7% extranjeros (la mitad de los infectados eran africanos y el 15% de antiguas repúblicas soviéticas), 7% y 19,7% infectados por VIH y VHC, respectivamente. El 54,9% era consumidor de drogas ilegales y el 24% usuario de drogas intravenosas (UDI).

Se disponía de serología VHD en 59 casos (83,1%) y en 5 (8,5%) fue positiva. No se disponía de viremia del VHD en ningún caso. Los infectados eran hombres, de $53,1 \pm 8,2$ años de edad media. Ninguno estaba vacunado contra el VHB. El 80% con tratamiento antiviral antiVHB.

La serología positiva del VHD se asoció: a) a ser español (80% de los casos; $p = 0,001$); b) ser UDI o exUDI (60% de los casos; $p = 0,002$); c) estar infectado por VHC (100% de los casos; $p < 0,001$); y d) estar infectado por el VIH (60% de los casos; $p < 0,001$).

Conclusiones: Se recomienda: 1) que la detección del VHD se estudie sistemáticamente en todos los pacientes con HbsAg+; y 2) en caso de VHD+, se solicite viremia del VHD y se garantice que el caso es filiado y valorado por un médico especializado, que indique el plan a seguir. Las variables asociadas al VHD en este estudio deben valorarse con mucha cautela, dado el escaso número de casos analizados. A este respecto, sería conveniente ampliar el estudio el tiempo necesario para disponer de una muestra con mayor poder estadístico.

Love is... “in tu piel”

Sonia Fraile Alonso¹, Andrea Robredo Manuel², Eloina Mallada García²

¹Centro Penitenciario de León.

²Centro Penitenciario de Mansilla de las Mulas. León.

Introducción: La escabiosis es una enfermedad infecciosa de la piel, producida por el ácaro *Sarcoptes escabieri* variedad *Hominis*.

En el ámbito penitenciario, la notificación obligatoria se implementa para casos de escabiosis en contraste con el resto del sistema sanitario donde esta medida no está vigente.

Objetivo: Analizar los casos registrados con el diagnóstico de sarna, tipificar el perfil de los usuarios afectados y la evolución de la enfermedad.

Métodos: La muestra corresponde con n = 800 internos de media del C.P. de León, en el período de estudio que transcurre desde enero del año 2023 a febrero del año 2024.

Diseño: Estudio transversal retrospectivo, con revisión del total de casos con diagnóstico de sarna registrados en el O.M.I.

Resultados: De los 800 internos que comprende la muestra, hubo 38 casos diagnosticados, eran hombres el 100% de los casos, con un rango menor de 30 años de edad. En cuanto a la cronología de máxima incidencia por meses del año, corresponden con un 33% en diciembre, 48% en enero, el 48% explica la clínica por convenientes de celda.

Todos recibieron tratamiento con permetrina y recibieron consejos sobre higiene personal. Solo 1 interno inmunodeprimido se reintentó en 4 ocasiones, y 6 internos se infectaron 2 veces.

Conclusiones: A partir del estudio constatamos que estamos ante un brote de sarna en nuestro C.P. ya que en años previos la incidencia es menor a 10 casos/año, mientras que en el periodo de estudio se registraron 38 casos.

La afectación es mayormente entre jóvenes, con una afectación mayormente intramodular.

Los pacientes diagnosticados son solamente los que han acudido por su clínica.

Un brote de sarna exige más que un tratamiento, debemos implicarnos en iniciativas comunitarias para conseguir su erradicación, haciendo E.P.S.

Prevalencia de infección tuberculosa latente en la población que ingresa en las prisiones de Cataluña. Estudio InTbCat

Neus Solé¹, Andrés Marco^{1,2} y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat)*

¹Programa de Salud Penitenciaria.

²CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Objetivos: Conocer la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITL) en internos que ingresan en las prisiones de Cataluña.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y transversal. Ámbito: las 9 prisiones catalanas. Periodo: 01/03/23 – 30/06/23. Los ingresos se distribuyeron en 5 grupos: A) casos con tuberculosis (TB) previa; B) casos con prueba de la tuberculina (PT) positiva previa; C) casos con PT negativa <1 año; D) casos con PT negativa >1 año; y E) casos sin PT previa.

La PT negativa <1 año se consideró no infección. Si PT positiva o antecedente de TB, se descartó TB activa. En los grupos D y E se realizó PT según los criterios vigentes en aquel momento: PT positiva si ≥ 10 mm; excepto en inmunodeprimidos o tratados con biológicos o antitumorales (positiva ≥ 5 mm) y en vacunados con BCG (positiva ≥ 15 mm).

Se solicitó QuantiFERON-TB Gold In-Tube (QTF) si PT positiva al ingreso o PT negativa, pero inmunodeficiencia, trasplante o tratamiento con fármacos biológicos y/o antitumorales. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. En los casos en que se solicitó QTF se evaluó la concordancia con la PT mediante índice de Kappa.

Resultados: 1.951 ingresos y 1.679 pudieron estudiarse: 93,5% hombres, 64,1% extranjeros, 23,2% sin techo u hogar y 3,4% infectados por VIH. Además, 2 trasplantados y 5 con tratamientos antitumorales o biológicos. Edad media: 38,1 +/- 11 años.

TB previa en 38 (2,3%) y 1 TB detectada al ingreso. La PT fue positiva en 494 (30,1%). El análisis multivariante que la PT positiva se asociaba con: a) la edad (menos casos positivos en los más jóvenes; OR: 0,95; IC = 0,94-0,96; $p < 0,001$) b) ser hombre; OR: 2,05; IC = 1,30-3,24; $p < 0,002$) c) ser inmigrante; OR: 3,92; IC = 3,0-5,14; $p = 0,001$) d) haber sido UDI (OR: 1,39; IC = 1,06-1,81; $p < 0,016$); y e) ser fumador (OR: 2,06; IC = 1,51- 2,81; $p < 0,001$).

La concordancia en los 220 casos analizados con QTF fue buena (64,5%). Excepto en 1 caso, la discordancia ocurrió en casos con PT positiva no confirmada con QTF. La ITL medida con PT fue del 30,1% y del 24,7% si se eliminan los casos discordantes.

Conclusiones: La prevalencia de ITL es alta. En los casos estudiados, la discordancia PT *vs* QTF fue del 35%. La PT no puede ser la única prueba diagnóstica en adultos con alto riesgo de discordancia: inmunodeprimidos y vacunados con BCG. La detección correcta de la ITL y su tratamiento si hay riesgo de progresión es esencial para el control de la TB.

*InTbCat: Álvarez-Pizarro M (EAPP La Roca del Vallés 2), Balcazar EP (EAPP La Roca del Vallés 1), Barnés I (Programa de Salut Penitenciària), Bonvehí P (EAPP Sant Joan de Vilatorrada), Camí LL (EAPP Lleida), Gómez-Vázquez A (EAPP Tarragona), Labata JM (EAPP Lleida), Lleoart N (EAPP La Roca del Vallés 2), Machado MA (EAPP Barcelona 2), Marín-Boada J (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Millet JP (Agència de Salut Pública de Barcelona), Prieto R (Agència de Salut Pública de Barcelona), Salas OJ (EAPP Tarragona), Sánchez-Encomienda P (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Sánchez-Roig M (EAPP La Roca del Vallés 1), Saperá N (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Serrats M (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Subirós RM (EAPP Figueras), Quiroga MT (EAPP Barcelona 2), Turu E (Programa de Salut Penitenciària).

Factores predictivos de tuberculosis en los ingresados en prisión. Subanálisis del Estudio InTbCat

Neus Solé¹, Andrés Marco^{1,2} y Grupo de Estudio de la Tuberculosis en internos de Cataluña (InTbCat)*

¹Programa de Salud Penitenciaria.

²CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Objetivos: Identificar posibles factores predictivos de tuberculosis (TB) en los ingresados con antecedente de esta enfermedad.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y transversal realizado en los ingresados en los 9 centros penitenciarios (CP) de Cataluña durante el periodo 01/03/23 – 30/06/23. En todos los ingresos se aplicó el programa de cribado anti-TB. Se comprobaron posibles variables predictivas de TB en los casos con antecedente de la enfermedad, objetivada mediante la anamnesis o la revisión del ECAP (historia clínica informatizada de Cataluña). Variables analizadas: edad, sexo, vacunación BCG, origen, uso de drogas intravenosas (UDI), tabaco, alcohol, situación social, infección por VIH, diabetes, trasplante y/o tratamiento con fármacos biológicos o antitumorales. Se utilizan la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Para determinar variables predictivas asociadas al antecedente de TB se realizó un análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística, calculando la *odds ratio* con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Se estudiaron 1.679 ingresos, 38 (2,3%) con TB previa y otro con TB detectada en el cribado de ingreso. Los casos con antecedente de TB eran de mayor edad (45,1 vs. 33,7 años; $p < 0,001$) y más frecuentemente UDI (6,9% vs. 1,7% en no UDI), asiáticos (9,1% vs. 1,4% en no asiáticos), infectados por VIH (10,3% vs. 1,9% en no infectados por VIH) y sin techo u hogar (3,4% vs. 1,9% en los que si tenían techo u hogar).

El análisis multivariante confirmó la asociación del antecedente de TB con: a) la edad (menor TB en los más jóvenes; OR: 0,95; IC = 0,92-0,98; $p = 0,001$); b) ser de origen asiático (OR: 8,81; IC = 4,10-18,93; $p < 0,001$); c) carecer de techo u hogar; OR: 3,07; IC = 1,39-6,77; $p = 0,005$).

Conclusiones: El antecedente de TB en los ingresados en prisión es muy alto: 2,3% en este estudio. Por consiguiente, es básico aplicar un buen cribado de TB al ingreso en prisión, detectar nuevos casos o reagudizaciones, y evitar la circulación de pacientes bacilíferos en un medio cerrado. El antecedente de TB fue más frecuente en los de más edad, los asiáticos y en los que carecen de techo u hogar, grupos que por consiguiente precisan un especial control.

***InTbCat:** Álvarez-Pizarro M (EAPP La Roca del Vallés 2), Balcazar EP (EAPP La Roca del Vallés 1), Barnés I (Programa de Salut Penitenciària), Bonvehí P (EAPP Sant Joan de Vilatorrada), Camí LL (EAPP Lleida), Gómez-Vázquez A (EAPP Tarragona), Labata JM (EAPP Lleida), Lleopart N ((EAPP La Roca del Vallés 2), Machado MA (EAPP Barcelona 2), Marín-Boada J (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Millet JP (Agència de Salut Pública de Barcelona), Prieto R (Agència de Salut Pública de Barcelona), Salas OJ (EAPP Tarragona), Sánchez-Encomienda P (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Sánchez-Roig M ((EAPP La Roca del Vallés 1), Saperà N (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Serrats M (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Subirós RM (EAPP Figueras), Quiroga MT (EAPP Barcelona 2), Turu E (Programa de Salut Penitenciària).

Riesgo de infección por M tuberculosis en presos extranjeros con elevada prevalencia de vacunación BCG. Sub-análisis del estudio InTbCat

Neus Solé¹, Andrés Marco^{1,2} y Grupo de Estudio de la ITL en internos de Cataluña (InTbCat)*

¹Programa de Salud Penitenciaria.

²CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Objetivos: Calcular cuántos presos a pesar de estar vacunados con BCG podrían estar infectados por M tuberculosis.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y transversal. Se efectuó PT a los ingresos extranjeros en las 9 prisiones de Cataluña entre 01/03/2023 – 30/06/2023 que no tenían PT positiva previa ni TB previa, o que tenían PT negativa >1 año. Si PT negativa <1 año se consideró no infección.

Se valoró PT positiva si ≥ 10 mm; excepto en inmunodeprimidos o tratados con biológicos o inmunomoduladores (positiva ≥ 5 mm) o en vacunados con BCG (positiva ≥ 15 mm). Se descartó TB activa si TB previa o PT positiva. El antecedente de BCG se basó en: a) anamnesis; b) cicatrización vacunal; y c) atlas BCG. Se solicitó QTF si PT positiva al ingreso o si PT negativa, pero inmunodeficiencia, trasplante o tratamiento con fármacos biológicos y/o antitumorales.

Resultados: Se estudiaron 1.043 reclusos extranjeros (62,1% del total): 901 (86,4%) con alta probabilidad de BCG, 138 (13,2%) con baja/nula y 4 (0,4%) sin clasificar.

Los 901 probablemente vacunados tenían una edad media de 33,3 años, el 94,2% eran hombres, el 7,4% con antecedente de consumo intravenoso de drogas y el 1,7% infectados por VIH. Uno con trasplante y otro en tratamiento con fármacos antitumorales o biológicos.

Había 194 (21,5%) con PT positiva previa. Se cribaron 707 y 158 presentaron PT positiva. En total, hubo 352 (39,1%) con PT positiva y 24 (2,7%) con antecedente de TB.

Se realizó QTF en 157 casos: 102 (65%) positivos, 53 (33,7%) negativos y 2 (1,3%) indeterminados. La positividad se asoció al tamaño de la induración (51,6% de QTF positivo si PT de 10-14 mm; 59,7% de QTF positivo si PT de 15-19 mm; y 81,8% de QTF positivo si PT ≥ 20 mm; $p = 0,002$).

Discusión: Muchos reclusos extranjeros están vacunados con BCG y proceden de países de alta endemia de TB. Se considera que muchos casos con PT positiva son realmente falsos positivos debidos a la BCG. Sin embargo, en este estudio, el 65% de los vacunados con PT positiva presentaron también QTF con resultado positivo y eso fue más frecuente cuanto mayor era la induración de la PT. En vacunados con PT positiva debería descartarse siempre el riesgo de infección mediante estudio con QTF

***InTbCat:** Álvarez-Pizarro M (EAPP La Roca del Vallés 2), Balcazar EP ((EAPP La Roca del Vallés 1), Barnés I (Programa de Salut Penitenciària), Bonvehí P (EAPP Sant Joan de Vilatorrada), Camí LL (EAPP Lleida), Gómez-Vázquez A (EAPP Tarragona), Labata MJ (EAPP Lleida), Lleopart N ((EAPP La Roca del Vallés 2), Machado MA (EAPP Barcelona 2), Marín-Boada J (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Millet JP (Agència de Salut Pública de Barcelona), Prieto R (Agència de Salut Pública de Barcelona), Salas AJ (EAPP Tarragona), Sánchez-Encomienda P (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Sánchez-Roig M ((EAPP La Roca del Vallés 1), Saperá N (EAPP Sant Esteve Sesrovires 2), Serrats M (EAPP Sant Esteve Sesrovires 1), Subirós RM (EAPP Figueras), Quiroga MT (EAPP Barcelona 2), Turu E (Programa de Salut Penitenciària).

Detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en adultos ingresados en prisión con conductas sexuales de riesgo y/o antecedente previo de ITS

Carmen Macías Gómez¹, Elena Yela^{1,2}, Andrés Marco^{1,2}, Pilar Sánchez Enconmienda^{1,2}

¹EAPP Sant Esteve Sesrovires 1.

²Programa de Salut Penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

Objetivos: En las prisiones de Cataluña se realiza cribado universal de lúes y en <25 años también de *C Trachomatis* y *gonococo*. El objetivo de este trabajo es determinar la tasa de ITS en los ≥25 años con conductas sexuales de riesgo o antecedente de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Métodos: Se analizaron los ingresos de Brians-1, centro de internos preventivos de Barcelona, en 2023. En ≥25 años con antecedente de ITS o conductas sexuales de riesgo se efectuó un cribado de *C trachomatis*, *gonococo*, *T vaginalis* y *T pallidum*. Se recogió: edad, sexo, origen e infección por VIH o VHC. Se determinó la tasa de ITS global y la prevalencia de cada una de las infecciones citadas. Se utiliza la media y la desviación típica para las variables continuas y los porcentajes e intervalo de confianza al 95% para las discretas. Para determinar variables asociadas a la detección de ITS en el cribado de ingreso, se ha realizado un análisis bivariante y multivariante mediante regresión logística binaria calculando el *odds ratio* con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Hubo 2.882 ingresos, 341 (11,8%) ≥25 años con conductas sexuales de riesgo o antecedente de ITS. Hubo 10 (2,9%) rechazos a participar y 56 (16,4%) no incluidos por excarcelación o por no entregar la muestra. Se estudiaron 275, de 38 ±9,2 años de media, 98,5% hombres, 73,1% extranjeros y 12,1% infectados por VIH.

Se detectaron 36 (13,1%) ITS, el 4% si había conductas sexuales de riesgo y el 31,9% en caso de ITS previa. La prevalencia de *C Trachomatis*, *gonococo*, *T vaginalis* y *T pallidum* fue, respectivamente, del 2,3%, 1,9%, 3,1% y 8,2%. La detección de ITS se asoció en el análisis bivariante y multivariante con: a) al origen (más detección en extranjeros; 15,9% vs. 5,4% en españoles; p = 0,03; OR: 3,30, IC = 1,08-10,08); y b) el antecedente de ITS (29,3% de detección en caso de antecedente vs. 4,9% cuando no lo había; p <0,001; OR: 8,02, IC = 3,55-18,11).

Discusión: La tasa de detección de ITS (13,1%) es alta, especialmente en extranjeros y en los que han tenido ITS previas. Se recomienda realizar anamnesis detallada dirigida a las ITS en los ingresos extranjeros, que presentan una prevalencia del 15,9%, e incluir el antecedente de ITS (29,3% de detección, 8 veces más riesgo que cuando no hay antecedente) como recomendación de cribado.

Reinfección por VHC en pacientes tratados con AAD en prisiones de la región de Murcia

Juan Antonio González Gómez¹, José Tomás Quiñonero Díaz², Carlos Galera Peñaranda³, Álvaro Cebrián Jimeno⁴

¹Enfermería. Centro Penitenciario Murcia 2.

²Médico jubilado IIPP. Coordinador Cruz Roja. Cartagena.

³Jefe Unidad Enfermedades Infecciosas HCU Virgen de la Arrixaca. Murcia.

⁴Médico. Centro Penitenciario Murcia 1. Murcia.

Introducción: La infección activa por virus C en centros penitenciarios presenta una prevalencia del 0,9 (Informe General de 2022 del Ministerio de Interior).

La reinfección por VHC en pacientes previamente tratados con AAD es variable y no está bien establecida (Tasa de reinfección de 5,27 casos por cada 100 personas-año de seguimiento, en Prisiones Catalanas. A. Marco).

Las prisiones son claves en la salud individual de los internos y de forma indirecta en la salud pública, al incorporar a la sociedad a personas con problemas de salud resueltos o en clara mejoría.

Material y método: Entre el 1 de junio de 2015 y el 31 de diciembre de 2023, han sido tratado de Hepatitis C Crónica 240 internos en los Centros Penitenciarios de la Región de Murcia (CPRM). 233 eran hombres y 7 mujeres, con una edad media de 47 años (29-61).

En la mayoría de los casos está documentado el uso de drogas por vía intravenosa y compartir material de inyección como mecanismo de transmisión de la infección. Sin embargo 3 casos notificaron contacto sexual sin otros factores de riesgo y 2 no refieren conductas de riesgo salvo transfusión de sangre con anterioridad a 1980.

El 24,3% estaban coinfectados con el VIH.

En cuanto al grado de fibrosis hepática en el tratamiento 141 presentaban enfermedad poco avanzada F0-2 frente a 71 pacientes con enfermedad avanzada F3-4. En 28 pacientes no hay datos de fibrosis.

233 pacientes eran *naïve* al tratamiento frente a 13 que habían recibido tratamiento con anterioridad a la aparición de los antivirales de acción directa (interferón-ribavirina).

Resultados: De los pacientes tratados con AAD, 214 presentaban RVS, 44 han tenido más de un reingreso en prisión postratamiento, de los cuales 3 tuvieron PCR positiva al ser reevaluados, siendo catalogados como reinfección.

El mecanismo de reinfección en 2 de ellos fue el consumo de drogas por vía intravenosa y en el otro caso, solo ha reportado compartir “canutos” para esnifar cocaína.

Conclusión: Se re-infectan 6,6% de aquellos internos que reingresan en prisión tras haber presentado RVS al tratamiento con AAD.

- Tras el análisis de las conductas de riesgo en los pacientes re-infectados, el mantenimiento de la vía intravenosa en el consumo de tóxicos es la más frecuentemente encontrada.
- Es imprescindible seguir con actividades de educación para la salud tanto a nivel individual como grupal para concienciar de los factores de riesgo que pueden provocar reinfecciones de VHC.

¿Afectó la pandemia del SARS-COV-2 a la incidencia de escabiosis en nuestro centro penitenciario?

Sonia Magaña Hurtado, Iratzu Elorriaga Miranda, Josélia Barbosa Da Silva, Maria Luisa Argote Arrondo, M^a Isabel Básalo Fernández, Ainhoa Bengoa Landazuri

Enfermería. Centro de Atención Primaria de Zaballa.

Objetivos: Medir la incidencia de escabiosis en un centro penitenciario entre los años 2018 y 2023 e identificar condicionantes que pudieron influir en su variación.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de incidencia de escabiosis entre 2018 y 2023. A través del programa de prescripción electrónica se identificó a los pacientes del centro tratados con permetrina tópica al 5% y/o ivermectina oral en ese tiempo. Se obtuvo un listado del número de internos a 31 de diciembre de cada uno de los años estudiados y del número total de internos que puede llegar albergar el centro para conocer la ocupación. El 16 de marzo de 2020 comenzaron las restricciones en la libertad de movimiento y los aislamientos sanitarios en la prisión. Las conducciones entre prisiones se paralizaron desde mediados de marzo del 2020 hasta el 12/06/2020. Al reanudarse, los internos provenientes de otros centros permanecían 15 días de aislamiento en celda. La gestión de prisiones se transfirió en octubre del 2021 al gobierno autonómico.

Resultados: Los casos detectados y tratados fueron los siguientes:

- Año 2018: 685 internos, 0 internos con escabiosis (incidencia 0%), ocupación 57,08%.
- Año 2019: 692 internos, 15 internos con escabiosis (incidencia 2,26%), ocupación 57,66%.
- Año 2020: 624 internos, 15 internos con escabiosis (incidencia 2,40%), ocupación 52%.
- Año 2021: 707 internos, 30 internos con escabiosis (incidencia 4,24%), ocupación 58,91%.
- Año 2022: 794 internos, 39 internos con escabiosis, (incidencia 4,90%), ocupación 66,16%.
- Año 2013: 778 internos, 25 internos con escabiosis, (incidencia 3,21%), ocupación 64,83%.

Conclusión: Los resultados muestran que antes de la pandemia SARS-COV-2 la escabiosis era ya una enfermedad prevalente en nuestro centro. Los casos no aumentaron al inicio de la pandemia, uno de los condicionantes pudo ser la ausencia de conducciones durante el 2020, el aislamiento de los internos o el retraso en el diagnóstico y tratamiento. El importante incremento de incidencia durante los años 2021 y 2022 coincide asimismo con el aumento de ocupación de la prisión, y la reanudación de las conducciones, que pudieron condicionar este hecho. Los aislamientos de 15 días al ingreso en las conducciones pudieron dificultar la gestión de los protocolos de limpieza y de desinfección de celdas, con la elevada ocupación, salía un interno e ingresaba otro en la misma celda. La transferencia de prisiones y la elaboración y aplicación de protocolos conjuntos a nivel autonómico han podido favorecer una mejor gestión de la patología, con la consiguiente reducción de la prevalencia en 2023.

Características sociodemográficas y situación clínica de los pacientes con infección por VIH en un centro penitenciario

Maite Nogales-García¹, Eva María Fernández-López-de-Vicuña¹,
Rafael Velasco García², María Elena Pujol Padro³, Irene San Jose Muñoz⁴,
José Luis Ayensa Diaz⁴

¹Depósito de Medicamentos. Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

²Unidad de Enfermería Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

³Servicio Médico Centro de Salud Zaballa CP. Centro Penitenciario Araba.

⁴Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Araba.

Objetivos: Conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con VIH en un centro penitenciario.

Métodos: Estudio observacional y transversal donde se incluyeron todos los pacientes institucionalizados en una prisión con fecha de 01/03/2024. Datos obtenidos de la historia clínica: edad, género, mecanismo de transmisión, tiempo en prisión desde el último ingreso, carga viral del VIH, recuento de linfocitos-CD4, antecedentes de inyección de drogas por vía parenteral (IDP), trastorno por uso de sustancias (TUS), patología dual, tratamiento actual con metadona o buprenorfina, hábito tabáquico, diabetes, hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia, grado de riesgo cardiovascular (RCV) y coinfección por VHB y/o VHC. El RCV se calculó con la escala REGICOR.

Resultados: La edad media de los 18 pacientes con VIH fue de 50,9 años, el 77,8% eran hombres y el tiempo medio de estancia en prisión fue de 2,08 años (rango: 28-4143 días). El 11,1% eran extranjeros.

Todos recibían tratamiento antirretroviral, excepto uno que era controlador élite. Respecto a la vía de transmisión, el 72,2% fue por vía parenteral, el 16,7% por vía heterosexual y el 11,1% por vía homosexual. El 72,2% presentaba antecedentes de IDP, el 66,6% tenía TUS y el 50% patología dual. Además, 2 de los pacientes tenían trastorno mental sin TUS. El 11,1% estaba en tratamiento con metadona y otro 11,1% con buprenorfina subcutánea.

El 94,4% estaba con control virológico y la media de linfocitos-CD4 fue de 786 células/mm³. El 83,3% fumaba tabaco, el 22,2% tenía HTA, el 11,1% hiperlipemia y ninguno era diabético.

Del total de pacientes, el 72,2% había sido tratado con antivirales del VHC con respuesta viral sostenida, otro 28,8% no había tenido contacto con este virus. Asimismo, solamente hubo un paciente portador del VHB.

Respecto al RCV, el 33,3% tenía riesgo bajo, el 27,8% alto, el 22,2% moderado y el 5,5% muy alto. Del 11,1% restante no había datos.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes tenía antecedentes de IDP y fue precisamente éste el principal mecanismo de transmisión del VIH en esta población. La coinfección con el VHC ha sido muy prevalente hasta que los pacientes se han tratado y curado de este virus.

En la actualidad casi todos los pacientes están con control virológico y la comorbilidad más prevalente es el TUS y la patología dual.

Son necesarios programas de educación sanitaria para disminuir el RCV, ya que la mitad de los pacientes tiene riesgo moderado-alto, además de que una proporción importante tiene hábito tabáquico.

